

Akechi T, <u>Hirai K</u> , et al	Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations	Jpn J Clin Oncol	38	867-70	2008
<u>Hirai K</u> , et al	Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer	Psychology and Health	24(2)	146-160	2009
<u>Morita T</u> , et al	Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project.	Support Care Cancer	16	101-107	2008
Sato K, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review.	Support Care Cancer	16	113-122	2008
<u>Morita T</u> , et al	Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study.	J Pain Symptom Manage	35	430-436	2008
Sanjo M, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , <u>Hirai K</u> , et al	Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan.	J Pain Symptom Manage	35	275-282	2008
<u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan.	Am J Hosp Palliat Med	25	33-38	2008
<u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care.	Palliat Med	22	376-382	2008
<u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions.	Am J Hosp Palliat Med	25	223-232	2008
Sato K, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center.	J Palliat Med	11	729-737	2008
Akechi T, <u>Morita T</u> , et al	Psychotherapy for depression among incurable cancer patients.	Cochrane Database Syst Rev	Apr 16	CD00553 7	2008

Ando M, <u>Morita T</u> , et al	One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients.	Psycho-Oncology	17	885-890	2008
Tei Y, <u>Morita T</u> , et al	Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey.	J Pain Symptom Manage	36	461-467	2008
Ando M, <u>Morita T</u> , et al	A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients.	Palliat Support Care	6	335-340	2008
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering.	J Pain Symptom Manage	36	e6-e7	2008
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Hirai K</u> , et al	Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study.	Am J Hosp Palliat Care	25	412-418	2008
<u>Miyashita M</u> , et al.	Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan.	J Palliat Med			in press
<u>Miyashita M</u> , et al.	Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan.	J Pain Symptom Manage			in press
<u>Miyashita M</u> , et al.	Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting.	Eur J Cancer Care			in press
Sanjo M, <u>Miyashita M</u> , et al.	Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective.	Psychooncology			in press
Yamagishi A, <u>Miyashita M</u> , et al.	Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy.	J Pain Symptom Manage			in press
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al.	Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study.	J Pain Symptom Manage			in press
Kusajima E, <u>Miyashita M</u> , et al.	Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan.	Am J Hosp Palliat Med			in press

Miyashita M, et al.	Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan.	J Neurol Sci	276	148-52	2009
Miyashita M, et al.	Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan.	J Palliat Med	11(9)	1203-7	2008
Miyashita M, et al.	Nurse views of the adequacy of decision-making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey.	Am J Hosp Palliat Med	24(6)	463-9	2008
Koyama Y, Miyashita M, et al.	A study of disease management activities of hip osteoarthritis patients under conservative treatment.	Journal of Orthopaedic Nursing	12	75-83	2008
Abe Y, Miyashita M, et al.	Attitude of outpatients with neuromuscular diseases in Japan to pain and use of analgesics.	J Neurol Sci	267 (1-2)	22-7	2008
Ohta H, et al	WT1 (Wilms' tumor 1) peptide immunotherapy for childhood rhabdomyosarcoma: a case report	Pediatric Hematology and Oncology			in press
Ohata Y, Ohta H, et al	Intermittent Oral Trimethoprim/Sulfamethoxazole on Two Non-consecutive Days per Week is Effective as Pneumocystis jiroveci Pneumonia Prophylaxis in Pediatric Patients Receiving Chemotherapy or Hematopoietic Stem Cell Transplantation	Pediatric Blood & Cancer			in press
Hashii Y, Ohta H, et al	A case series of children with high-risk metastatic neuroblastoma treated with a novel treatment strategy consisting of postponed primary surgery until the end of systemic chemotherapy	Pediatric Hematology and Oncology	25	439-450	2008
Uehara S, Ohta H, et al	Dumbbell-shaped Ewing's sarcoma family of tumor of thoracic spine in a child	Pediatric Surgery International	24	935-955	2008
Tokimasa S, Ohta H, et al	Umbilical cord-blood transplantations from unrelated donors in patients with inherited metabolic diseases: single-institute experience	Pediatric Transplantation	12	672-676	2008
Miyoshi Y, Ohta H, et al	Endocrinological analysis of 122 Japanese childhood cancer survivors in a single hospital	Endocrine Journal	55	1055-1063	2008

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平井 啓, 他	【緩和医療における精神症状への対策】 がん患者に対する問題解決療法	緩和医療学	10	37-42	2008
平井 啓	がんの補完代替医療における心理学的研究の役割	ストレス科学	22	216-223	2008
原田和弘, 平井 啓, 他	大学生の睡眠習慣に対する介入とセルフ・エフィカシーの般化についての検討	行動医学研究	14	21-29	2008
伊藤壽記, 井倉 技	補完代替医療（CAM）の現代医療における意義と展望	食品加工技術	28	16-19	2008
伊藤壽記, 他	補完医療と粘膜免疫	日本補完代替医療学会誌	5(2)	85-101	2008
井倉 技, 伊藤壽記	特集「統合医療への期待-21世紀の予防医学と健康づくり」 米国における統合医療の発展	公衆衛生	72	95-98	2008
藤本亘史, 森田達也	疼痛マネジメントをするための系統的・継続的評価	月間ナーシング	28	90-94	2008
森田達也	緩和ケアの現在と将来— Introduction for psychiatrists—	臨床精神薬理	11	777-786	2008
山岸暁美, 森田達也	緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」	緩和ケア	18	248-250	2008
森田達也	終末期癌患者における輸液治療— 日本緩和医療学会ガイドラインの概要—	日本医事新報	4390	68-74	2008
山岸暁美, 森田達也, 他	研究プロジェクト①地域介入研究（戦略研究）	緩和医療学	10	215-222	2008
河正子, 森田達也	研究プロジェクト⑧スピリチュアルケア	緩和医療学	10	256-262	2008
安藤満代, 森田達也	終末期がん患者へのライフレビュー —その現状と展望—	看護技術	54	65-69	2008
安藤満代, 森田達也	終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践	看護技術	54	69-73	2008
森田達也	医療連携と緩和医療；OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介	コンセンサス癌治療	7	123-125	2008
落合亮太, 宮下光令, 他	成人先天性心疾患患者がキャリアオーバーを経て疾患に対する認識を変化させていくプロセスに関する質的研究	看護研究			in press
落合亮太, 宮下光令, 他	成人先天性心疾患患者の親が成育医療に対して抱く要望	心臓			in press
宮下光令, 他	神経内科的疾患患者の在宅介護者に対する「個別化された重みつきQOL尺度」SEIQoL-DWの測定	厚生の指標	55(1)	9-14	2008

落合亮太, <u>宮下光倉</u> , 他	成人先天性心疾患患者が生育医療 に対して抱く要望	心臓	40(8)	700-6	2008
笹原朋代, <u>宮下光倉</u> , 他	大学病院で活動する緩和ケアチー ムの支援内容-参加観察の結果から -	日本がん看護学会 誌	22(1)	12-22	2008
尾形明子, <u>佐伯俊成</u>	小児がん患者と家族に対する心理 的ケア	総合病院精神医学	20	26-32	2008
滝沢祥子, <u>太田秀明</u> , 他	初発時 stage I で再発をきたした 卵巣若年性顆粒膜細胞腫 (juvenile granulosa cell tumor : JGCT) の 一例	小児がん	45	41-45	2008
<u>太田秀明</u> , 他	胃原発 diffuse large B-cell lymphoma の2小児例	小児がん	45	46-50	2008
楠木重範, <u>太田秀明</u> , 他	再発Wilms腫瘍2例に対する大量化 学療法	小児がん	45	61-65	2008
三善陽子, <u>太田秀明</u> , 他	小児がん治療後長期フォローアッ プの現状	小児外科	40	697-702	2008
大植孝治, <u>太田秀明</u> , 他	JPLTのプロトコールに従って術前 化学療法を施行した新生児肝芽腫 の1例	小児がん	45	307-311	2008
米田光宏, <u>太田秀明</u> , 他	マスキング施行世代の神 経芽腫分布特性 - 1歳代臨床発見 例の検討から -	小児外科	40	976-980	2008
梅田雄嗣, <u>太田秀明</u> , 他	同種造血幹細胞移植後の小児患者 におけるワクチン接種の現状-小 児白血病研究会 (JACLS) における アンケート調査-	日小血会誌	22	340-346	2008
<u>天野功二</u>	小児がんにおける痛み	小児科	49	1635-16 41	2008

200824082A (2/2)

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

成人がん患者と小児がん患者の家族に対する
望ましい心理社会的支援のあり方に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

分冊(2/2)

研究代表者 平井 啓

平成21(2009)年3月

IV. 研究成果の刊行物・別刷り



がん医療

第1節 はじめに

1. がんへの罹患と医療心理学

年間52万人ががんに罹患し（国立がんセンターがん対策情報センター，2008），生涯では男性の2人に1人，女性の3人に1人ががんに罹患するとされる。がんへの罹患は人生において非常に大きなストレスイベントとしてとらえることができる。がん診断時の病名告知は心理的に非常に大きなインパクトを与えるイベントであり，ストレス対処の過程の出発点となる。しかし，がんの場合はその後の外科手術，抗がん剤治療，放射線治療，そして終末期医療と身体的にも精神的にも大きな負担となる治療が待ち受けており，2次的，3次的なストレスイベントに遭遇し，その都度対処が求められることになる。このようにがん医療における人間の心理・行動的側面は，長く続くストレス対処の心理学的過程である。よってがん医療においても心理学的なモデルを提示して，問題の理解やそれへの対応の仕方について考えていくことが重要であり，医療心理学の展開が可能な領域であるといえよう。このようながん医療における医療心理学はこれまでサイコオンコロジー（Psycho-Oncology: 精神腫瘍学）として発展してきた。

2. サイコオンコロジーと緩和ケア

サイコオンコロジーは，精神医学，心理学をはじめ腫瘍学，免疫学，内分泌学，社会学，倫理学，哲学など，あらゆる科学的手法を駆使してがんの人間学的側面を明らかにすることを目的としており，特に，①すべての病期にある患者やその家族・介護者の情緒的な反応，②発症率や死亡率に影響を与える心理的・行動的・社会的因子を扱う領域であると定義されている（Holland & Rowland, 1989）。

歴史的には，1967年に近代ホスピスの始まりとされるセント・クリストファーホスピスが開設されたころからがん患者の治療だけではない「ケア」が取り組まれるよ

うになった。1977年には、ニューヨークにあるスローン・ケタリング記念がんセンターに精神科が開設された。わが国では1973年から淀川キリスト教病院にホスピス・プログラムが開始され、1981年には聖隷三方原病院に初めてのホスピス病棟が開設され、1992年に国立がんセンターに精神科が開設された。1986年には日本臨床精神腫瘍学会（現日本サイコオンコロジー学会）が結成され、1995年には第2回国際サイコオンコロジー学会が神戸で開催された。現在、日本サイコオンコロジー学会には、700人近い会員がおり、その半数が医師である。しかし精神科医、心療内科医、心理士といった心の医療の専門家の割合はそれほど高くない。しかし世界的には、カナダなど心理学をバックグラウンドにする専門職がサイコオンコロジーの中心となっている国もある。

2002年に導入された緩和ケア診療加算では、世界で初めて、一般病棟における緩和ケアチームの活動に精神科医の参加が必須となった。また、一般病棟における緩和ケアチーム加算の制度が導入された。緩和ケアとは、以前は治癒不能な状態の患者および家族に対して行なわれるケアとして定義されていたため、終末期医療と同義であることとらえられてきたが、現在は生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族の生活の質（Quality of Life: QOL）の改善と定義され（日本ホスピス緩和ケア協会、2008）、緩和ケアが必要な患者に対して早期から適応すべきであると考えられている。緩和ケアチームとは、ホスピス・緩和ケア病棟など独自の病床をもつ施設とは異なり、一般病棟に入院するがん患者を対象に、患者や家族のさまざまな症状に対するケアを担当する医療チームのことで、通常、身体症状の緩和を専門とする緩和ケア医、精神科医、専従の看護師によって構成される。緩和ケアチームの役割としては、終末期の緩和ケアだけでなく診断時から始まる緩和ケアを実践し、普及させることにある。

3. サイコオンコロジーとがん対策基本計画

2007年4月にがん対策基本法が施行され、それに基づき厚生労働省が定めたがん対策基本計画（厚生労働省、2007）では、75歳未満がん死亡率の20%削減と並び患者家族の苦痛を軽減してQOLを維持向上させることが明記された。これにより、ますますサイコオンコロジーと緩和ケアの重要性が高まったといえる。さらに、厚生労働省が「がん診療連携拠点病院の整備について」として提示している地域がん診療連携拠点病院の指定要件の中には緩和ケアの提供体制の項があり、さらにその中に「緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい」という記述がある。つまりがん患者とその家族のQOL向上のために、心理学に携わる専門家の医療チームへの配置が望まれていることが明示されているのである。現在、この条件があることにより地域がん診療連携拠点病院の認定を目指す

病院において心理士の採用が進んでいる。しかしがん患者の心理的問題やそれに対する適切な対応の仕方がまだ十分に体系立って整備されておらず、医療心理学という学問がどのような心理学的知識や技術を提供してがん医療に貢献するのかに関し答えを出していくことが急務となっている。

次節以降では、これまでの研究で明らかにされているがん患者の心理的問題を整理し、心のケアとして用いることのできる心理学的技術についてまとめ、医療心理学に課せられた課題の明確化を試みる。



第2節 がん患者の心理的問題

1. がん患者の精神症状

Derogatisらは、3つのがん専門診療施設において、DSM-IIIに基づいた精神的問題の有病率を調査したところ、32%が適応障害、6%がうつ病、4%がせん妄の診断基準を満たしたと報告している（図3-1, Derogatis et al., 1983）。

わが国におけるがん患者を対象とした調査においても、適応障害が8～35%に、うつ病が4～9%に認められている（Akechi et al., 2004）。これらの報告からがん医療において特に問題となり、心理士が会おう頻度の高い精神症状は、適応障害、うつ病、せん妄である。これらは患者のQOLを大きく低下させる要因となり、適切な治療や対応が必要である。以下でこれらについて解説する。

(1) 適応障害

がん患者の精神症状として最も高率なのが適応障害（adjustment disorder）である。

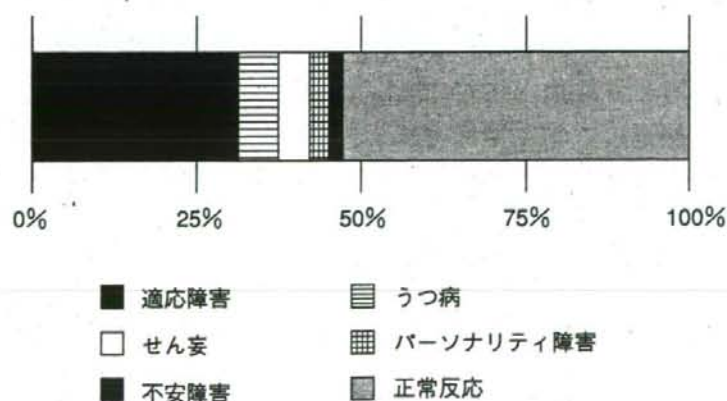


図3-1 ● がん患者の精神症状：全病期の入院/外来患者 215名 (Derogatis et al., 1983)

心理社会的ストレスに対して起こる抑うつ・不安などの心理的反応や行為の障害である（高橋ら，2006）。適応障害の診断の基準は，①はっきりとした心理社会的ストレスに対する反応で，3か月以内に発症する，②ストレスに対する正常で予測されるものよりも過剰な症状，③社会的または職業（学業）上の機能の障害，④不適応反応はストレスが解消されれば6か月以上は持続しない，⑤他の原因となる精神障害がない，となっている。がんへの罹患とその病名告知は大きなストレス源となり，誰しも心理的衝撃を受けるが，通常よりも心理的反応の程度が強いか，長期化する，日常生活から社会生活にいたる社会的機能に障害を与える，などの場合には適応障害という診断が用いられる。よって，正常な反応と連続した反応であり，診断基準が曖昧である。後述するうつ病，大うつ病の診断がつかないが，専門的な対応が必要とされる場合などに用いることができる。サイコオンコロジー領域での心理士に対応を求められる頻度が高いのがこの適応障害と診断されうる患者となると考えられる。

(2) うつ病

うつ病は，抑うつ気分・意欲興味の低下のいずれかもしくは両方と，睡眠障害・食欲低下・思考集中力の低下・倦怠感・希死念慮・焦燥感・自責の念のうち5つ以上が2週間以上持続した場合に診断される（高橋ら，2006）。がん患者の場合，うつ病の診断基準にある睡眠障害や食欲低下などは，がん自身あるいは薬の副作用などがん治療によって引き起こされているさまざまな身体症状の一部である可能性がある。このため，医療スタッフからは「がんだから仕方がない」「がんの治療の影響」とみなされて，がん患者の抑うつは過小評価される可能性がある。うつ病の危険因子として，若齢であること，過去の情緒障害，アルコール依存の既往歴，低いソーシャルサポート，悪い身体的状況，不十分な疼痛コントロールが指摘されている（Derogatis et al., 1983）。

がん患者の場合，特に終末期においては希死念慮も重要な問題である。わが国の進行肺がん患者を対象とした調査では，15%の患者が「死にたい」「生きる価値がない」「死んだほうがましだ」と回答し，希死念慮が認められた（Akechi et al., 2002）。この希死念慮の予測因子は，うつ状態と痛みであった。別の調査においても希死念慮をもった患者の半数が抑うつ状態にあった（Breitbart et al., 2000）。これらの結果からがん患者の希死念慮は頻度の高い問題である。しかし希死念慮をもつ患者の半数は抑うつ状態でなかったことから，希死念慮をもつ終末期患者は必ずしもうつ状態ではないということがわかる。よって終末期のがん患者の希死念慮はうつ病の状態を常に念頭に置きつつ，別のアプローチも考慮しなければいけないむずかしい状態であるといえる。

(3) せん妄

せん妄は，がんの初期治療時や進行期から終末期に多くみられる器質性の精神疾患

である。軽度の意識混濁に精神運動興奮、錯覚や幻覚などの認知障害を伴う「意識」の障害である。認知症が持続性の認知障害であるのに対して、せん妄は一過性の認知障害である。典型的なせん妄の特徴は、急性に症状が出現し、特に夜間に症状が増悪するなど日内変動があり、注意の集中・維持が困難であることが特徴的である。せん妄を正確に見分けるには、見当識や計算力などの高次認知機能を評価することが重要である。せん妄の有病率は、身体状態が悪くなり終末期になるにつれ上昇する。わが国でも終末期では90%になると報告されている (Morita et al., 2001)。せん妄は、興奮、錯乱状態、夜間徘徊などを伴う過活動型せん妄と、無気力、無表情、傾眠などを伴う低活動型せん妄に分けられる。

せん妄の原因は脳内の神経伝達物質の代謝異常などのいくつかの仮説が想定されているが確かなことはわかっていない。がん患者の場合、治療初期の場合は手術や化学療法など治療に基づく単一要因である場合が多く、終末期では、薬剤、敗血症、脳転移、肝・腎不全、高カルシウム血症、低ナトリウム血症など多要因になる傾向があるが、半数以上は原因がわからなかったという (Bruera et al., 1992)。

2. がん患者の精神症状のスクリーニング

適応障害とうつ病のスクリーニングは、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Kitamura, 1993) や、つらさと支障の寒暖計 (Akizuki et al., 2003) を用いることが多い。この2つのスクリーニングツールは日本のがん患者を対象としたカットオフ値が算出されている。HADSは、14項目から構成される尺度でおもに身体疾患をもつ患者の抑うつと不安の評価のために標準化されている。HADSの総合計点が42点満点中、11点以上が適応障害および大うつ病のカットオフ値、20点以上が大うつ病のカットオフ値とされている (Kugaya et al., 1998)。つらさの寒暖計は、10点満点の2本の温度計の形をスケールに現在の気持ちのつらさと日常生活への支障の度合いを記入するツールである。身体症状が多く、多項目の質問に回答が困難な患者に対しても用いることができるように、またHADSと同等のスクリーニングの能力をもつようにと開発された尺度である。通常1～2分で回答することが可能である。つらさの得点が4点以上かつ支障の得点が3点以上の場合がHADS11点以上と同等の適応障害および大うつ病のカットオフ値、つらさの得点が5点以上かつ支障の得点が4点以上の場合が大うつ病のカットオフ値とされている (Akizuki et al., 2005)。

これら以外のツールにも気分調査票 (Profiles of Mood Status: POMS, McNair et al., 1971) や Zung Self-Rating Depression Scale (SDS, Zung et al., 1965) や、状態特性不安尺度 (State Trait Anxiety Inventory: STAI, Spielberger et al., 1970) などが心理状態の評価に用いられる。最終的な精神科診断を得るためには、構造化精神科診断 (Structured Clinical Interview for DSM) などを行なう必要がある (高橋

ら、2003)。一方、せん妄のスクリーニングには、認知機能の評価方法である、Mini-Mental State Examination (MMSE) が補助的に用いられることが多い (Folstein et al., 1975)。

3. 身体症状

これまでみてきたがん患者、特に進行がん患者の治療や終末期がん患者の精神症状のケアにおいては、疼痛、倦怠感、吐き気などの化学療法の副作用などの身体症状が大きく影響を与える (Hirai et al., 2002)。緩和ケア病棟に入院しているがん患者 350 人を対象とした調査では、疼痛 (痛み, 77%), 倦怠感 (68%), 食欲不振 (76%), 便秘 (52%), 呼吸困難 (50%), 嘔心・嘔吐 (39%), 咳 (39%), 浮腫 (46%), 発熱 (48%), 嚥下困難 (34%), ドライマウス (43%) が高頻度でみられ、1 人につき平均 5.7 個の症状を入院時に抱えていたと報告されている (Morita et al., 1999)。疼痛をはじめとする身体症状について患者の主観的認識と医療スタッフの認識に違いがあり、患者の身体症状が過小評価されているという報告もある (Okuyama et al., 2004)。そのため患者の身体症状を患者の立場から評価することが必要であり、MDASI-J (Japanese version of the M.D. Anderson Symptom Inventory) なども開発されている (Okuyama et al., 2004)。

特にがん患者の場合に問題となるのがん性疼痛である。一般的には急性のがん性疼痛は不安を、慢性疼痛は抑うつを生み出す原因となりやすく、軽度の痛みであっても、それが持続した場合は、患者の苦悩は深く希死念慮に結びつくことが示されている (Akechi et al., 2002)。次に問題となるのは倦怠感である。倦怠感とは身体的・精神的消耗を含む衰弱として特徴づけられる主観的症狀である。また倦怠感にも身体的側面だけでなく、心理的側面もあり、抑うつとオーバーラップすることが指摘されている (Akechi, et al., 1999)。

以上のことよりがん患者の場合、身体症状に対する心理的要因の影響や身体症状が精神症状に与える影響の双方向からの注意を怠ってはいけない。がん医療の領域で働く心理士は身体症状を専門とする医療従事者との十分な情報交換が必要であると考えられる。



第3節 がん患者の心のケア

1. 心理士によるがん患者の心のケアの位置づけ

イギリスの National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) のがん患者の支持療法・緩和ケアマニュアル (NICE, 2004) では、がん患者の心の評価とサ

表3-1 ● がん患者の心の評価とサポートのための専門職モデル (NICE, 2004)

レベル	グループ	評価	介入
1	すべての医療スタッフ	心理的ニーズの評価	適切な情報提供、共感的コミュニケーションなど
2	精神保健従事者 (MSW, 専門看護師など)	心理的苦痛のスクリーニング	問題解決技法などの心理学的技法
3	訓練・認定された専門家 (心理士など)	心理的苦痛の査定と精神医学的診断の一部(中程度の不安・抑うつ・怒りなど)	カウンセリングと不安マネジメントなどの理論的根拠のある専門的な心理学的技法
4	訓練された精神保健の専門家 (精神科医・心理士など)	精神医学的診断(重度のうつ病・せん妄・不安障害・人格障害など)	精神医学的介入・認知行動療法を含む心理療法

ポートについて4段階にまとめている(表3-1)。これによるとおもに心理士が対応すると考えられるのはレベル3と4とされている。レベル3では、専門的なトレーニングを受けて、心理学の団体から認定された心理士であれば必ず対応しなければいけないレベルである。特に、精神医学的診断はつかないけれども専門家による援助を必要としている患者は多く、緩和ケアチームにおいても心理士が最も力を発揮するレベルであると考えられる。家族に対するケアもこのレベルに含まれ、心理士による対応が求められるものであると考えられる。医療心理学は、このレベルで必至な心理学的知識と技術を体系的に整備する必要があるのではないかと思われる。次項で述べるサポートグループの提供などはこのレベルのサービスであると考えられる。一方で、レベル4においては、精神科医と協働し精神医学的対応を行なう一方で、より専門的な心理学的技法を習得しそれを提供していかなければいけない。レベル3・4において心理士が提供することの可能な心理療法についてはこれまでのサイコオンコロジー領域の研究で、その実施可能性や有効性が体系化されている。次項からは、これまでの研究からサイコオンコロジーで行なわれている心理療法の技法の種類とその有効性について体系的に提示する。

2. がん患者への心理療法

がん患者全般に対しての心理療法については、さまざまな研究によりその有効性が実証的に検討されている。これらを統合的に理解するために、介入技法の様式を体系的に分類した。いくつかのレビュー論文がすでに出されているが、それらを参考にがん患者に対する心理学的介入の独自の体系化を行なった。

がん患者に対する心理療法において用いられている個々の介入方法をおおまかに分類すると、実存的心理療法、支持的心理療法を基盤にするプログラムと、心理教育、認知行動療法を基盤とするプログラムに分けられる (Burton & Watson, 1998)。この中で、構造化の度合いが強いほど、心理教育、認知行動療法を採用する傾向がある。しかし、両者を折衷するものも数多く存在する。そこで、実存的・支持的心理療法から認知・行動療法的アプローチを両軸端とした分類を行なった。構造化の高い順にあげていくと、“心理教育”、“目標設定・問題解決技法”、“リラクゼーション・イメージトレーニング”、“認知行動療法”、“支持的表現的心理療法”、“実存心理療法”として提示した。

(1) 心理教育

このカテゴリーは、おもに情報提供を目的としたものである。このカテゴリーに含まれるものは、健康教育 (Fawzy et al., 1993)、心理教育 (Cunningham et al., 1995)、治療法に関する話し合い (Kissane et al., 1997)、コミュニケーション方法に関する情報提供 (Edelman et al., 1999) などである。がん患者の場合、治療や疾患に関する情報を提供することが中心となるが、ストレスや対処行動といった心理学的な内容の情報を提供する場合もある。それぞれの情報についてのマニュアルやテキストに沿って行なわれるため、比較的簡単に実施可能な方法であり、看護介入などの心理療法以外の介入にも広く取り入れられている方法である。

(2) 目標設定・問題解決療法

この方法は非常に多くの研究で用いられているものであり、参加者それぞれに対して治療、ケア、ストレス対処について目標を設定して、その目標に取り組んでいくものや、各参加者独自の問題についてその解決方法を具体的に話し合うものである (Allen et al., 2002; Cunningham et al., 1995; Fawzy et al., 1993; Nezu et al., 2003)。このアプローチは、認知行動療法的な介入を用いる研究では必ず取り入れられているものである。患者の積極的な日常生活を支援し、患者の適応を促進していくことが目的である。

(3) リラクゼーション・イメージトレーニング

このカテゴリーには、漸進的筋弛緩法や自律訓練法といったいわゆるリラクゼーションプログラムとよばれる介入技法 (Cunningham et al., 1995; Edelman et al., 1999; Fawzy et al., 1993)、たとえばナチュラルキラー細胞ががん細胞を攻撃するイメージを想定させるような、イメージトレーニングあるいはイメージ療法 (Cunningham et al., 1995)、催眠訓練 (Spiegel & Bloom, 1983)、そして、自らの怒りの感情を直接コ

ントロールするような情動管理 (Kissane et al., 1997) とよばれるものが含まれる。認知行動療法的な介入を用いる研究に多く取り入れられている。これは、患者が自分自身の体に直接自ら働きかけることをうながし、その場でその効果を体験するという意味で非常に使いやすい介入技法であると思われる。

(4) 認知行動療法

がん患者への認知行動療法として用いられているものには行動的技法と認知的技法があり、これらの組み合わせによって実際の治療が行なわれる。よって、これら2つを厳密に区別することはできないが、文献で取り上げられていた介入技法をここではあえて分類した。まず、行動的技法としては、行動スケジュール表の作成 (Greer & Moorey, 1997)、行動リハーサル (Edmonds et al., 1999)、ホームワーク (Greer & Moorey, 1997)、ウォーキングなどの運動 (Heinrich & Schag, 1985)、そして積極的情動表出 (Edmonds et al., 1999; Greer & Moorey, 1997) などがある。認知的技法としては、認知的再体制化 (Cunningham et al., 1995; Heinrich & Schag, 1985; Kissane et al., 1997)、否定的な自動思考・誤った認知的パターンの同定 (Edelman et al., 1999; Kissane et al., 1997)、代替となる考えの紹介や誤ったパターンの修正 (Edmonds et al., 1999)、自己の積極性・強さの強調 (Greer & Moorey, 1997)、セルフ・モニタリング (Edmonds et al., 1999) などがある。このように非常に多くの技法が、がん患者に対しても用いられている。日常生活の中で、そのほとんどが病気に対処する時間となるがん患者の場合、これらの方法で、患者を手助けすることは非常に大きな影響を与えることになると思われる。

(5) 支持的・表現的心理療法

支持的・表現的心理療法は、非指示的療法ともよばれるが、心理療法においては最も基本的な技術であると同時に、医療場面におけるコミュニケーションにおいても非常に有用な方法であるとされている (Buckman, 2000)。がん患者の心理療法の介入研究においても最も基本的な技法として用いられている (Cunningham et al., 1995; Edelman et al., 1999; Edmonds et al., 1999; Fawzy et al., 1993; Spiegel et al., 1981)。これらの多くは、ピアサポートグループ、あるいは相互サポートグループ (mutual support group) とよばれるグループ療法の形態で行なわれている。グループでは、メンバーどうしがお互いの発言、存在を尊重し、受容しあうものである。そこでは、肯定的同意 (Edmonds et al., 1999)、自己表現 (Edelman et al., 1999) が促進された。

(6) 実存心理療法

がん患者に対する心理療法において、実存心理療法に基づくものがいくつかあ

る。その最も代表的な研究は、Spiegelらによる研究である (Spiegel et al., 1981)。Spiegelは Yalom の示した理論的枠組み (Yalom, 1980) に従って、転移のあるがん患者に対して、実存心理療法に基づくグループ療法を行なっている。Kissaneらは、認知行動療法的アプローチとこの実存的アプローチを折衷した、実存的・認知的療法を提唱している (Kissane et al., 1997)。これらのアプローチはほとんどグループ療法により行なわれている。実存的グループの特徴は、そこで話し合われるテーマにある。たとえば、死や死にゆくことを話題にする (Spiegel et al., 1981)、人生を振り返るライフ・レビューを行なう (Linn et al., 1982)、死亡率や死の不安に直面する (Edmonds et al., 1999; Kissane et al., 1997)、無価値感や喪失の感覚といったテーマについて話し合う (Telch & Telch, 1986) などがある。これらについて共通することは、人間の実存、根元にかかわるテーマについて積極的にグループの中で話題にするということである。

3. がん患者に対する心理療法の効果

がん患者に対する心理療法の効果については1980年代から現在までに多数の報告があり、いくつかの結果指標についてメタアナリシスが行なわれて、いくつかの指標については心理療法の有意な効果が示されている。

(1) QOL・抑うつ・不安

がん患者の心理的な影響を含む指標である、QOL、抑うつや不安といった心理的苦痛を結果指標としたメタアナリシスによる検討がなされている。成人がん患者を対象とした心理社会的介入についての37の研究について解析を行なった結果、心理学的介入の有意な効果量 (0.31) が得られた (Rehse & Pukrop, 2003)。また、認知行動療法の効果について35の研究について検討を行なったメタアナリシスによると、認知行動療法に、抑うつ、不安、QOLに対して有意な効果量 (それぞれ、1.2; 1.9; 0.91) が得られていた (Osborn et al., 2006)。これらの結果から総じてがん患者に対する心理療法・心理学的介入は、QOLや心理的苦痛の改善に効果があることがわかる。

(2) 疼痛

がん患者の最も問題となる疼痛に対して、認知行動療法を行なった結果についてもメタアナリシスが行なわれている。乳がん患者を対象とした20の研究を用いて解析を行なった結果、疼痛に対して認知行動療法の有意な効果量 (0.49) が得られた (Tatrow & Montgomery, 2006)。よって認知行動療法の技法を用いた介入ががん患者の疼痛の緩和に対しても有効であることが示されている。

(3) 倦怠感

がん患者の多くが抱えることになる全身倦怠感に対する心理学的介入・活動に対する介入の効果について30の研究を検討した報告によると、約半数で介入群に有利な結果が得られ、心理学的介入に有意な効果量(0.10)が得られていた(Jacobsen et al., 2007)。この結果は、部分的ではあるが心理学的介入ががん患者の倦怠感の緩和に良い影響を与えることを示している。

(4) 治療の副作用

がん患者への治療で生じた副作用に対して、リラクゼーションとイメージ療法を行なった場合についてもメタアナリシスが行なわれている。15の研究について解析を行なった結果、リラクゼーションなどの心理学的介入が、吐き気などがん治療に関連する症状に対して有意な効果量(0.44~0.55)をもつことが示されている(Luebbert et al., 2001)。

(5) 小児がん患者の心理的苦痛

小児がん患者を対象とした心理学的介入の研究についてもメタアナリシスが行なわれている。12の研究について解析を行なった結果、患者の親の心理的苦痛に対して有意な効果量(0.35)が得られたが、小児患者自身の指標については有意な効果は得られなかった(Pai et al., 2006)。

(6) 生存期間

心理療法の生存期間に対する影響については、たとえばこの分野での有名な研究であるSpiegelら(1989)の研究においては対照群に比べ実存集団心理療法を行なった群では生存期間が2倍に延長されると報告されているが、1062人を対象とした8つの研究の結果を統合すると、1年後と4年後の生存期間、終末期がん患者を対象のいずれの条件においても心理学的介入の有意な効果は認められなかった(Chow et al., 2004)。

以上のことより、がん医療における心理療法には一定の有効性があり、それを用いることについて根拠があることがわかった。しかし、通常のルーチンの医療サービスとして認められるにはまだ十分な研究の根拠が示されているとはいえない。よって引き続き心理療法の臨床研究を行ない、その有効性についての根拠を示していく必要がある。



第4節 がん医療における医療心理学の今後の課題

これまでがん医療における医療心理学のこれまでの展開を、おもにサイコオンコロジーの分野やそこでの研究を紹介しながら示してきた。本節では、がん医療における医療心理学の今後の課題について述べる。

1. 研究

本章ではこれまで行なわれてきた心理療法の研究で用いられてきた介入方法について紹介し、明らかにされた心理療法や心理学的介入の有効性について提示した。これらの研究はほとんどが欧米でなされた研究である。日本でも、乳がん患者に対するグループ療法の有効性についておもに2つの研究で検討されている（Fukui et al., 2000; Hosaka et al., 2001）が、十分な成果が報告されているわけではない。わが国において有効性や実施可能性について根拠のあるがん患者に対する心理療法・心理学的介入のさらなる開発が求められる。またがん対策基本計画にも明記されているように、患者だけでなく家族に対する心理学的な支援の方法の確立が求められる。

2. 専門家の養成

先に述べたように、地域がん診療連携拠点病院の指定要件の中の「医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい」という記述により多くの心理士ががん医療の現場に入ってきている。しかし、がん医療だけでなく医療一般に対する知識やそこで有用な技術を必ずしも十分に身につけているわけではない。そこで、日本サイコオンコロジー学会では、2007年度から心理士のための講習会の開催を始めた（日本サイコオンコロジー学会，2007）。講習会の内容は、①向精神薬の副作用について、②化学療法の副作用について、③基本的な心理評価について（精神状態・性格の測定；QOLの測定）、④カルテ記載についてのおもに4つであった。医学的知識に関する講演を中心に企画したにもかかわらず、2007年度は7月と11月に2回の講習会を開催し、合計70人の定員を満たして開催することとなった。このことから医学的知識を学習することについての強いニーズがあると思われる。引き続き日本サイコオンコロジー学会では心理士を対象とする研修会、講習会を開催していく予定である。

このようにがん医療の領域で働く医療心理学を基盤とする専門家の養成は急務の問題となっている。特に、がん治療に関することなどの医学や医療の知識と、精神科診断などの臨床的技術をどこまで学習すべきかなど、専門家養成のためのカリキュラムをどうするかなど検討すべき課題が山積みにされている。カリキュラムを考えるにあたり、本章でみてきたようにできる限り研究で明らかにされている事実に基づいて考えていき、できるだけ多くの実践家と研究者のコンセンサスを得ることが重要である

と思われる。

3. チーム医療

最後に、がん医療における心理士の働きを考えるうえで最も重要な要素であるチーム医療について触れる。がん医療での心理士の働きは、チーム医療のメンバーとしての働きが前提とされる。協働する他の医療職と情報を共有することが重要である。医療機関での正確で適切な情報共有のためには、前項の研修会でも取り上げているように心理士が得た情報をどのようにカルテに記載していくかという問題もある。また、ある1人の患者の状態に対して、他の職種メンバーと共通認識をもつために精神医学的診断に関する知識が必要となる場合が多い。そのうえで、他職種からは見えない心理士独自の査定や見立てをできるだけわかりやすいことばを用いて他の職種に伝えていく必要がある。

一方、医療現場で活躍する心理士の最大の利点としては、患者と医療者間に生じる絶対的な利害関係からある程度独立して活動できることである。医療において最も重要なことは患者ができる限り信頼できる妥当な情報を得て、自己決定という選択肢を得ることができることである。このために、独立した立場にある者が患者・家族と主治医をはじめとする医療者間の関係調整、すなわちコーディネーションを行なっていくことが必要である。医療における心理士はまさにこのコーディネーションを行なうことが可能な立場にあると考えられる。また時には、患者と家族の間のコーディネーションに力を発揮することになるかもしれない。現在のところ、このような医療心理学の領域における心理士のもつべき技能の1つと考えられるコーディネーションについて体系的に調べられたりまとめられたりしているわけではない。おそらく本書がそのための基点になるのではないかと考えられる。がん医療だけでなく医療心理学全体での発展のためにはこのような視点にたった研究や議論が今後ますます必要になるのではないであろうか。