



200925007A (2/3)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の

精神医学的な介入の有用性に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書 業績集 2/2

研究代表者 明智 龍男

平成22(2010)年3月

がん患者の抑うつと自殺*

明智 龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学
准教授・名古屋市立大学病院 緩和ケア部 部長

Key Words** がん, 抑うつ, 自殺, サイコオンコロジー

はじめに

がんは1981年にわが国の死亡原因の第1位となった。以降もその座は変わらず、現在では、がんによる死亡者数は年間32万人を超え、総死亡者数の30%を占めるに至っている。がん罹患の最大の危険因子は加齢であるため、人口の高齢化を受け、現在、年間50万人以上が新たにがんを診断されている。がん治療は飛躍的に進歩し、がん患者の5年生存率が約50%にまで向上したが、それでもなお、今日においてもがんはわが国における致命的疾患の代表であり、がんを診断されること自体が大きなライフイベントになり得る。実際、がん患者においては高頻度に抑うつが認められることが知られている。また抑うつは、一般人口同様、がん患者においても自殺の最大の原因であると考えられており、自殺への有効な対策を考えるうえで、がん患者の経験する抑うつへの対応はきわめて重要である。本稿では、がん患者の抑うつおよび自殺に関して概説する。

がん患者の抑うつ

わが国における先行研究から、がん患者にみられるうつ病（いわゆる大うつ病）の有病率は3～10%程度であり、これに適応障害を合わせると、抑うつの有病率は、がんの種類、病期を問わず15～40%にのぼることが示されている¹⁾。がん患者の抑うつの危険因子には、痛みや身体的機能

の低下などがんに関連するものに加え、患者自身の心理社会的因子などさまざまなものが示されている（表1）。

このようにがん患者は、抑うつのハイリスク群であることが明らかになる一方、がん医療の現場では、患者の経験する抑うつの多くが看過されており、その結果、抑うつを合併したがん患者のほとんどが適切なケア、医療を受けていないのが現状である²⁾。抑うつが看過される原因としては、医療サイド、患者サイドの双方に要因が存在するが、がん医療に携わるスタッフの精神症状についての知識およびトレーニング不足と、がん患者の心のケアに従事する精神保健の専門家の絶対的な不足が最も大きな問題であろうと推測されている。いずれにしても、冒頭で述べたがんの罹患患者数を考えれば、がんに伴いいかに多くの新たなうつ病患者が生まれているかを想像することは難くないであろう。

がん患者の希死念慮、自殺

がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」「早く逝かせてほしい」「安楽死させてほしい」などの言葉が聞かれることは決してまれではない。また、ときとして実際に自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される。周知のようにわが国では、1998年以降11年連続して自殺者が3万人を超えている。また、わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、がんが最多であったことが報告されている³⁾。

内外の先行研究からは、進行・終末期のがん患者においては希死念慮が10～20%程度にみられることが示されている^{2, 3)}。そして、その背景には、痛みを始めた身体症状、うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大など

* Depression and suicide in cancer patients

** cancer, depression, suicide, psycho-oncology

表1 がん患者の抑うつ危険因子

	危険因子
がんに関連した要因	痛み, 進行・再発がん, 身体機能低下など
がん治療に関連した要因	ステロイド, インターフェロンなど
心理および精神医学的 的要因	神経症的性格, 悲観的なコーディング, うつ病の既往, アルコール依存など
社会的要因 その他	乏しいソーシャルサポートなど 若年, 経済的問題, 家族の問題など

の実存的な苦痛, 乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている^{2, 3)}。さらに, 早い死を望んだ進行がん患者を対象として, その意味することを質的に検討した報告からは, 「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり, 「生きたい」ことに対する逆説的表現, 今後起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の1つ, 絶望感, 死の直前に観察される死の受容に近い表現である可能性が指摘されている⁸⁾。したがって, 「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には, このようなさまざまな「意味」が存在する。言い換えると, 死の直前にみられるある種の受容を表現するものを除けば, 多くの場合には, 「死にたい」という表現の背後には, すくい取られていないなんらかの患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示唆しており, 医療者は, その深い意味を理解し, 実際のケアに結びつけていく必要がある。このように考えてみると, 死を望むがん患者のほとんどは, 生きることへの援助を求めているとも言えるのかもしれない。

次に, がん患者の自殺に関する疫学的な知見に関して概観してみたい。先行研究の多くは, がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している^{5, 10)}。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは, がん患者の自殺率は, 一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示されている⁹⁾。また, これらの研究に共通する事項として, 男性, 診断時にすでに進行がんであること, および診断から間がない時期においてとくに危険

表2 がん患者の自殺の背景に存在する精神疾患: 心理学的剖検研究

精神疾患 (DSM - III R)	割合
うつ病	32%
その他のうつ病性障害	30%
アルコール依存	13%
不安障害	13%
適応障害	12%
診断なし	5%

率が高いことが共通して示されており, 今後, がん患者の自殺予防を考えるうえで貴重な示唆を与えている。

がん患者の自殺に関しての心理学的剖検研究がわずかながら存在する。Henrikssonらは, 自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果, 両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが, がん患者の自殺群では, 非がんの自殺群に比べて, アルコール依存が少なかったという結果を報告している(表2)⁶⁾。本結果は, 自殺を促進する要因としてがん, 非がんにかぎらず, うつ病が重要である一方で, アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては, がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。また, Filibertiらは, 在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者5例に関して検討を行い, ほとんどの症例に, 身体的苦痛のみならず, 抑うつを始めとした精神的苦痛が並存しており, 全例に共通してみられた要因として, 自律 (autonomy) および自立 (independence) を失うことに対する懸念, および他者への依存の拒絶がみられたことを示した。

これらの結果を概観すると, 希死念慮を有する進行・終末期のがん患者や自殺したがん患者の多くが耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で, 一般人口における自殺同様, 精神症状として最も重要なものはうつ病であることが示唆される。また, 終末期に特有の問題として, 身体状態の悪化に伴う自立性の喪失, 依存の増大など実有的苦痛とも言える症状が, 希死念慮や自殺に寄与する要因として推測される。がん患者の自殺の危険因子を表3にまとめて示した。

表3 がん患者の自殺の危険因子

がんに関連 身体症状 精神症状 その他	進行がん, 予後不良 痛み, 衰弱・全身倦怠感 うつ病, 絶望感, せん妄 がん診断から数カ月以内 自殺企図の既往および家族歴 がん罹患以前から存在する精神 医学的問題
------------------------------	--

わが国における自殺予防の視点から

がん患者の自殺を予防するうえで最も重要なことは、がん患者における自殺を促進するさまざまな要因を理解し、これらを看過することなく治療することであろう。前項で、がん患者の希死念慮発現に関連する要因や自殺に関連した危険因子、自殺したがん患者の心理学的剖検研究の結果にふれたが、これらから推測されることは、一般人口で知られている自殺の危険因子（自殺企図の既往、親しいものとの離別・死別、失職、絶望感など）の十分な評価に加え、とくにがんの診断時にすでに進行がんであった症例に対しては、痛みを始めとした十分な身体症状の緩和に加え、うつ病を始めとした精神症状の積極的緩和を継続して提供することの重要性が示唆される。

しかし、これら要因の重要性が明らかになる一方で、がん医療の現場では、痛みが適切にコントロールされていないことも多く、また、前述したように医療スタッフは、がん患者の精神症状、なかでも抑うつ状態を適切に認識することができていないことが繰り返し報告されており、現時点では、疼痛コントロールを始めとした良好な緩和ケアの普及、がん医療に携わる医療スタッフに対しての精神症状に関する適切な情報提供、トレーニングシステムの確立などが急務であろう。

また、前述したわが国の一般病院入院患者の自殺事例における検討では、病状の説明や告知の直後に自殺した症例が紹介されていることから、とくに進行がん患者に、治療が望めないがんなどのいわゆる bad news を伝えるコミュニケーションに際して、事実を伝えるのみならず、同時にその後の患者の心理的苦痛に配慮し適切なサポートを

提供することの重要性が示唆される。合わせて、がん医療に携わる精神保健の専門家、なかでも精神科医の参画を促すことの重要性も忘れてはならない。

一般人口における自殺同様、がん患者の自殺予防に関しても国際的にコンセンサスの得られた方法があるわけではないが、前述した結果をもとに、現時点において可能なストラテジーを考えてみると、身体、精神、社会、実存的側面など患者の苦悩の源となっている諸種の苦痛に対して、さまざまな職種の専門家が協力して、医療チームとして患者に良好な包括的ケアを提供することが最も有用な方法であろう。また、がんに関して国民や社会が抱く誤った負のイメージ（例：進行がん＝痛みで苦しみながらの死）を是正していくような地道な教育、啓蒙活動も奨励されるべきであろう。

おわりに

わが国では、2002年に、精神科医、緩和ケア医、看護師の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入された。精神科医を緩和ケアチームの構成上の必須条件とする試みは、世界でも類をみないものである。これを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、また国内の多くの施設から緩和ケアチームに精神科医の参画を求める声が上がっている。こういった世界に先駆けた動きが、ひいてはがん患者の自殺予防としての一翼を担い、結果的にわが国の自殺者の低減に結びついていくことを期待したい。最後に、多くのがん患者とその家族、そしてがん医療に携わる医療従事者が、精神科医のがん医療へのより積極的な参画を望んでいることをお伝えして、本稿の締めくくりとしたい。

文 献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004.
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Sui- cidity in terminally ill Japanese patients with

- cancer. *Cancer* 100 : 183 - 191, 2004.
- 3) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al : Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152 : 1185 - 1191, 1995.
- 4) Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73 : 281 - 296, 1994.
- 5) Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al : Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 22 : 4209 - 4216, 2004.
- 6) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11 - 20, 1995.
- 7) Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al : Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 61 : 704, 2007.
- 8) Nissim R, Gagliese L, Rodin G : The desire for hastened death in individuals with advanced cancer : a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* 69 : 165 - 171, 2009.
- 9) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 : 1594 - 1600, 1998.
- 10) Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al : Suicide after breast cancer : an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst* 98 : 1416 - 1419, 2006.

日本精神科病院協会主催 平成21年度「精神保健指定医研修会」開催日程

〔更新申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第98回 東京	平成22年2月4日(木)	第一ホテル東京「ラ・ローズ」 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411	300名

平成21年度受講対象者（有効期限が平成22年3月31日までの方）の指定医証番号

指定医取得年度	指定医証番号	指定医取得年度	指定医証番号
昭和25～37年度	4～1,900	平成6年度	9,512～9,871
昭和49年度	3,631～3,751	平成11年度	11,467～11,846
昭和54年度	4,176～4,270		13,752
昭和59年度	4,652～4,761	平成16年度	13,596～13,751
平成元年度	8,001～8,141		13,753～13,945

その他、病気・留学等で、受講対象年度に受講できず、厚生労働省へ延期申請を行い、それが受理・承認された指定医。

3. 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、 専門家につなげる一言

明智 龍男*

うつ病の頻度は高く、特にプライマリケア領域やがん医療などの領域で頻繁に遭遇する精神疾患である。一方、うつ病を疑い、専門診療科に紹介しようとする際に、その具体的な説明を適確に患者に行うことはなかなか容易ではない。これは、患者サイドにも様々な誤解や懸念そして知識不足などがあるためで、説明に際しては、これらに十分配慮する必要がある。本稿では、非専門家がうつ病の可能性のある患者を見つけたとき、専門家につなげる一言に際してのポイントとして、'精神的なもの'、'心因性'などの言葉を避けることの重要性と患者の抵抗感や誤解に配慮した上で、丁寧に説明することの必要性を中心に解説した。

I. はじめに

うつ病は様々な医療現場で遭遇する頻度が高い疾患である。その例として、うつ病の身体症状（例：食欲不振、全身倦怠感など）が前景となってプライマリケアの医療現場を訪れる状況や、がんなどの重篤な疾患に罹患することを契機としてうつ病を2次的に合併する状態などがあげられる。その際、プライマリケア担当医やがん専門医がうつ病を疑っても、患者に適確な説明を行い、実際の精神科受診に結びつけていくことは時としてたやすいことではなく、どのような説明を行えば患者が無用な誤解や抵抗感を抱くことなく受診につなげることができるのかという疑問もよく聞かれる。

本稿では、前述した異なる二つの医療現場を念頭

に、つまり医学的に説明のつかない身体症状が契機となりプライマリケアを受診した結果、その症状がうつ病に由来するものが考えやすいため精神科への受診をすすめる場合と、がんをはじめとした重篤な身体疾患に罹患し、その心理的衝撃、がんやがん治療に伴う様々な苦痛に続発する形でうつ病の発現が疑われる場合に、患者に対しどのような情報を伝え、どのように説明すればよいのかについて概説した。なお、このような領域に関する実証的なデータは乏しいので、多くは筆者の経験および私見に基づくものであることをあらかじめお断りしておきたい。

II. プライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻度

まずプライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻

* Tatsuo Akechi 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 准教授

表1 うつ病の有病率—プライマリケアおよびがん患者

対 象	症例数	うつ病の有病率 (%)
プライマリケア (外来)	276	6
プライマリケア (外来, 頭痛を主訴)	177	25
早期肺がん (術後1カ月)	223	4
進行肺がん (がん診断後, 初期治療前)	129	5
頭頸部がん (がん診断後, 初期治療前)	107	4
早期乳がん (術後外来通院中)	148	5
再発乳がん (初回再発後3カ月)	55	7
進行肺がん (がん診断後6カ月)	89	4
終末期がん (死亡前約3カ月)	209	7

わが国のプライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻度に関するデータからは、概ね4～7%の患者にうつ病がみられることが示唆される。

(筆者作成)

度に関するわが国のデータを振り返っておきたい (表1)。通常のプライマリケアの医療現場およびがんの種類、病期を問わず、概ね4～7%程度の患者にうつ病がみられることが示唆される^{1~4)}。また、頭痛などを主訴としたプライマリケアの領域ではうつ病の頻度はさらに高く、25%程度がうつ病であったことなどが報告されている⁵⁾。以上から、プライマリケアとがん医療の現場では、少なくない頻度でうつ病の患者が存在することが推測される。

またうつ病を合併したプライマリケア受診患者やがん患者における身体症状を検討したわが国の先行研究からは、これら患者群においては多彩な身体症状が高率にみられることが示されている (表2)。具体的には、うつ病を合併したプライマリケア受診患者においては、腹部症状や痛みなど多彩な症状がみられることが示されており⁶⁾、うつ病と診断されたがん患者においては90%以上に倦怠感および集中力低下が認められることが報告されている⁷⁾。これらから、いずれの領域においても身体症状が前景にたつうつ病患者が相当数存在することが示唆される。

これらのことを考えあわせると、プライマリケア領域においては、患者の受診動機となった身体症状そのものがうつ病に由来する可能性を説明した上で専門医の受診を促すような説明を行うことが重要である一方、がん患者においては主疾患であるがんに加えて、精神症状に関して専門医を受診する必要性の説明を行うことが重要になると推測される。

表2 うつ病患者の身体症状—プライマリケアとがん患者

うつ病と診断された プライマリケア受診患者	睡眠障害	61%
	食欲低下	37%
	腹部症状	35%
	頭痛	34%
	倦怠感	29%
	頸部痛	16%
うつ病と診断された がん患者	倦怠感	92%
	集中力低下	91%
	食欲低下/体重減少	84%
	睡眠障害	81%

うつ病を合併したプライマリケア受診患者においては、腹部症状や痛みなど多彩な症状がみられることが示唆される。また、うつ病を合併したがん患者においては90%以上に倦怠感および集中力低下が認められる。

(筆者作成)

Ⅲ. 専門家につなげる具体的な言葉

精神科受診に対する敷居が低くなってきているとはいえ、まだまだ多くの一般人が精神科に対するスティグマを有し、受診に対して抵抗があるのも現実であろう⁸⁾。それゆえ、患者がうつ病を有していると考えられた場合でも、適切な説明を行い専門医への受診を促すようなコミュニケーションはなかなか容易なものではない⁹⁾。それでは具体的にはどのような言葉がけを行い、専門医への受診をすすめればよいのであろうか。本項では、先行研究から示唆されている患者が抱きや

3. 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、専門家につなげる一言

すい精神科受診に対する誤解や懸念とそれらを念頭においた精神科受診に対しての具体的な説明方法を概説した。あわせて精神科受診を拒否した場合の対処法についても言及した。

1. なぜ適切な言葉がけが難しいか

プライマリケアの現場では、患者の受診動機となった主症状をうつ病に基づくものである可能性を説明す

表3 患者の精神科医療に対する懸念—肺がん患者

精神科医療に対する懸念	割合
薬では精神症状は改善しない	71%
向精神薬の必要性がわからない	56%
向精神薬の依存性が心配	54%
精神症状はカウンセリングでは改善しない	49%
向精神薬の服用への抵抗感	48%
自分に精神科診療が必要かどうかわからない	47%
精神科での治療がわからないので受診に抵抗がある	44%

わが国の肺がん患者に精神科医療に対する懸念を検討した報告からは、高頻度に精神科治療に関する知識不足や治療法に関する誤解が存在することが示されている。

(文献10より)

る必要があるが、この際、‘心因性の症状’、‘精神的なもの’など、安易な言葉づかいをすると、患者側に真意が伝わらないどころか、場合によっては患者との信頼関係の構築を阻害してしまうこともある。これは、これら言葉の意味するところを患者側が‘まるで詐病のように言われた’、‘気の持ちようでどうにでもなると言われた’などと‘誤解’することに起因して生じることが大半であると思われるが、それでも、患者の主訴を精神疾患に帰属する場合には、患者にとって理解しやすく、そして受け入れやすい表現を用いることが極めて重要である。

プライマリケアの領域とは患者層が全く異なるが、表3にはわが国のがん患者を対象として、精神科受診に対する懸念や抵抗感を検討した研究報告から、患者が抱く頻度の高い懸念を紹介した¹⁰⁾。この結果からは、高頻度に精神科治療に関する知識不足や治療法に関する誤解が存在することが示されている。逆にいうと、こういった頻度の高い患者の誤解や懸念に言及しながら、患者に説明をすることの重要性が示唆される。

表4 具体的な言葉がけの例

避けたい言葉や例	‘気のせい’、‘精神的なもの’、‘心因性’、‘何ともない’、‘精神症状’なので専門家に診てもらいましょう。検査で異常がないので、うちの科は関係ありませんから、精神科に行ってください。
望ましい例	<ul style="list-style-type: none"> ・プライマリケアの場合 幸い身体の方には異常はみられませんでした。そういった場合には、うつ病の症状が身体に出ている場合もありますので、一度専門家の先生、この場合ですと精神科の先生に診てもらいませんか？精神科というと最初は少し抵抗がおりかもしれませんが、同じような症状で専門の先生にみてもらって、よくなった人もたくさんいらっしゃいますよ。もちろん、精神科の先生が心配ないとおっしゃたらまたわたしの方でも診させていただきます。 ・がん患者の場合 うつ病というと少し驚かれるかもしれませんが、がんなどの大変な病気を患われた方の多くが、うつ状態を経験されることが知られています。がんの治療をしっかりと受けていただくためにも、気持ちの状態を整えておくこともとても大切ですので、一度精神科の先生にも診てもらいませんか？最近ではよく精神科の先生にもチーム医療の一員になっていただいて協力をしてもらっています。 ・患者の誤解に言及する言葉がけ 何かご心配なことがありましたら遠慮なくご質問ください。 多くの方が誤解されているのですが、精神科は、重い精神病の患者さんのみを診療しているわけではありませんし、心を見透かされたり、心の良い悪いを評価するようなどころでもありません。その他、受診したことが皆さんに知られてしまったり、薬を飲み始めるとやめられなくなったりといった御心配をされる方もいらっしゃいますが、こういったこともありません。

プライマリケアやがん医療の現場で、うつ病を疑い、患者を精神科に紹介する際の具体的な留意点や言葉がけの例を示した。
(筆者作成)

2. 具体的な説明の方法

それではいくつか具体的な説明の方法を例示してみたい。プライマリケアの現場では、いわゆる器質的に説明のつかない身体症状を有した患者に対して専門家につなぐケースが多いかと思われるので、この場合には、前述したように安易な言葉がけを避け、精神症状には多くの場合身体症状が同時に伴うこと、また同じような経緯で精神科を紹介受診する患者がその他にも大勢いることなどの説明を通して患者の不安を軽減することが大切であろう(表4)。この際、具体的に、うつ状態や不安状態(うつ病の場合、不安状態も伴っていることも多い)に伴って出現してくる身体症状を具体的に説明すると理解が得やすいこともある(表5)。

がん患者の場合には、当然、がんという疾患の治療が最優先されるため、患者に対しては前向きにがん治療を受けるためには、心の状態がある程度は落ち着いていることが重要であり、そのために、あわせて専門家にも診てもらふことをすすめるというスタンスをとるとよい(表4)。この際、がんという病にかかってうつ状態を経験することは珍しいことではないこと、精神科医もあくまで患者を中心に据えたチーム医療の一員として機能していることをあわせて説明すると、患者の受け入れがよりよいものとなる。

以上、プライマリケアとがん医療の現場で、患者を精神科に紹介する言葉がけに関して紹介したが、これらにあわせて、多くの患者が抱えている精神科や精神医療に対する誤解を解く努力をしながら説明することも重要である。表4には、患者の誤解に言及する質問やよくある懸念を説明する際の例を示した。

3. 患者が拒否した場合

以上のような配慮を行いながら患者に精神科の受診をすすめても、躊躇されたり、拒否されたりすることは稀ではない。実際、がん専門病院で看護師ががん患者のうつ状態をスクリーニングして、スクリーニング陽性患者に精神科受診をすすめるという極めて単純なスクリーニング介入プログラムを施行した経験からは、これら患者の約8割が拒否していた¹¹⁾。

それでは患者が精神科受診を拒否した場合はどのよ

表5 抑うつ、不安に伴う身体症状

	随伴する身体症状
抑うつ	倦怠感、疲労感、食欲低下、頭重感、不眠、便秘、思考・集中力低下、性欲低下など
不安	呼吸困難、胸部圧迫感、動悸、口渇、嘔気、胃部不快感、下痢、頻尿、めまい、筋緊張、発汗、振え、頭痛、不眠

抑うつ、不安などには多くの場合、様々な身体状態が伴う。患者に具体的な随伴症状の例を示しながら説明すると、身体症状とうつ病の関係について理解を得やすいこともある。(筆者作成)




うに対応すればよいのであろうか。そういった際には、患者が受診したくないという意見をまずは尊重した上で、拒否する理由を把握し(‘精神科の受診を勧められると、受診をためらわれる方も多いですが、気になっていらっしゃることをお話いただけますか?’)、このプロセスで何らかの誤解が把握できれば、それに対して適切に言及する言葉が求められる。患者の拒否が頑なな場合には、いつでも受診できることを伝えておくとともに、機会を改めて再度すすめてみるとよい(‘受診してもいいなと思われましたら、その時は教えていただけますか?’、‘先日は、精神科への受診に抵抗があるとおっしゃっていましたが、今はいかがですか?’)。なお、差し迫った自殺念慮を伴うような患者が拒否するような場合には、事情を説明して精神科医に間接的に関わってもらふとよい。


IV. おわりに

周知のように2008年度の診療報酬改定にて、非専門医がいち早くうつ病の可能性に気付き、精神科医に紹介することを診療報酬上で後押しすることになった。うつ病を疑っても、前述してきたように精神科医に上手に紹介するのはなかなか容易なことではない一方、患者が抱く懸念や誤解を念頭に置きながら丁寧に説明することがまずは重要であろう。1998年以降、自殺者が3万人を超える事態が続いているわが国においては、うつ病診療に関して、非専門科医の役割そして精神科医との様々な形の連携はますます重要になってくるのではないであろうか。

文 献

- 1) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* **92**: 2609-2622, 2001
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* **22**: 1957-1965, 2004
- 3) Mino Y, Aoyama H, Froom J: Depressive disorders in Japanese primary care patients. *Fam Pract* **11**: 363-367, 1994
- 4) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* **21**: 69-77, 2003
- 5) Maeno T, Inoue K, Yamada K, et al: Indicators of a major depressive episode in primary care patients with a chief complaint of headache. *Headache* **47**: 1303-1310, 2007
- 6) Waza K, Graham AV, Zyzanski SJ, et al: Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. *Fam Pract* **16**: 528-533, 1999
- 7) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* **44**: 244-248, 2003
- 8) Roeloffs C, Sherbourne C, Unutzer J, et al: Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* **25**: 311-315, 2003
- 9) Tylee A: Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* **67** Suppl 6: 41-45, 2006
- 10) Endo C, Akechi T, Okuyama T, et al: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol* **38**: 653-660, 2008
- 11) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* **103**: 1949-1956, 2005

	<p>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 乳房温存療法</p>
	<p>大阪府立成人病センター総長 小山博記 編 A4変型判 48頁 定価 3,990円(本体価格 3,800円+税5%) 送料実費 ISBN4-7532-1847-3 C3047</p>
	<p>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 大腸がん 改訂3版</p>
	<p>前帝京大学医学部外科学教授 小平 進 編 A4変型判 96頁 定価 5,040円(本体価格 4,800円+税5%) 送料実費 ISBN978-4-7532-2318-3 C3047</p>
	<p>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 肺がん 改訂3版</p>
	<p>国立がんセンター東病院副院長 西條長宏 編 新座志木中央総合病院名誉院長/国際医療福祉大学大学院教授/東京医科大学名誉教授 加藤治文 編 A4変型判 148頁 定価 5,040円(本体価格 4,800円+税5%) 送料実費 ISBN978-4-7532-2358-9 C3047</p>


株式会社 医薬ジャーナル社 〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21 電話 06(6202)7280(代) FAX 06(6202)5295 (振替番号) 〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKIビル 電話 03(3265)7681(代) FAX 03(3265)8369 \ 00910-1-33353
<http://www.iyaku-j.com/> 書籍・雑誌バックナンバー検索, ご注文などはインターネットホームページからが便利です。

がん患者に対する精神医学的な介入に関する 研究について



明智龍男*



がん患者には高頻度に精神症状が認められるが、その代表的なものとして、診断後の不安・抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における不安、抑うつ、終末期における抑うつ、実存的苦痛、せん妄などが知られている。より質の高い緩和ケアを提供していくためには、これら精神症状に対する介入法の開発および均てん化がきわめて重要である。わが国においては、これら精神症状緩和を目的とした精神医学的な介入として、がん患者支援プログラム、看護師との協働によるスクリーニングプログラム、回想法（ライフレビューインタビュー）、進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性についての研究がおこなわれてきた。そして現在、終末期がん患者の精神的苦悩を緩和するためのディグニティセラピーやがんサバイバーの精神症状緩和として問題解決療法の有用性が検証されつつある。また今後の標的症候としては、がんサバイバーの再発不安、抗がん剤投与によって生じる予期悪心・嘔吐、終末期せん妄などがあげられる。本稿では、これら精神医学的介入の現状と展望に関して概説した。

はじめに

がん患者には高頻度に精神症状が認められる

KEY WORDS

がん
サイコオンコロジー
精神医学的介入
精神療法
心理社会的介入

が、その代表的なものとして、診断後の不安・抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における不安・抑うつ、終末期における抑うつ、実存的苦痛、せん妄などが知られている(図①)。近年、がん診断早期からの緩和ケアの必要性が認識されるようになってきており、症状緩和を考える際の大きな柱の一つが患者の精神症状の軽減にあることは論を待たないであろう。

一方、これらががん患者が病の軌跡において経験するさまざまな精神症状に対しての標準的な介入

* AKECHI Tatsuo/名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学

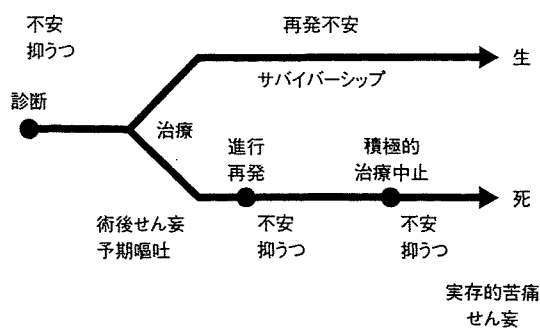


図1 がんの経過と精神症状

法はきわめてかざられており、またわが国の医療システムを前提とした実施可能性の高い適切な介入法なども開発されていないのが現状である。

筆者は現在、厚生労働省科学研究費補助金・がん臨床研究事業「がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的な介入の有用性に関する研究」班の主任研究者および同・第3次対がん総合戦略研究事業「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班の班員（主任研究者：国立がんセンター東病院・内富庸介）等を務めさせていただいており、がん患者の精神症状緩和に関するさまざまな研究に携わる機会を与えていただいている。

本稿では、これら研究班で取り組んできたテーマのなかでも、精神医学的な介入法に関する研究の現状と今後の展望について紹介したい。

1. 先行研究で有用性が示された介入

1) がん患者支援プログラムおよび看護師との協働による精神症状スクリーニングプログラム

がん医療の現場では、患者の抑うつ状態が看過されやすいことがくり返し報告されている。一方、プライマリケア領域における研究から、精神症状をスクリーニングするのみでは患者アウトカムに改善をもたらすことができないことが示されていることから、がん患者の抑うつ症状緩和を成し遂げるうえでの有用なストラテジーの一つとして、

抑うつのスクリーニングを何らかの治療プログラムに組み込むことが考えられる。また、がん患者を念頭においた場合、抑うつ状態の背景には優先的に対処すべき身体的問題（痛みなど）、がんに関する誤解や適切な知識の欠如などが存在することがまれではないため、これら対応可能な要因を同定し、患者自身のニーズを鑑みながら、薬物療法、精神療法などを個別的・複合的に提供する介入法の有用性が示唆される。このような視点から、国立がんセンターの精神腫瘍学グループは、心理教育用のパンフレット、簡便でかつ感度、特異度にすぐれた2問の自己記入式スクリーニング法（つらさと支障の寒暖計）¹⁾、がん患者の抱える身体的および心理社会的問題を評価し、これらに対する有効な支援方法を個別的に検討するための面接法、がん患者の精神症状に対する精神療法マニュアル、がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムなどを作成、開発し、これらを「がん患者支援プログラム」として統合した。再発乳がん患者を対象として、本プログラムの実施可能性を検討した結果、高い実施可能性、予備的な有用性が示されている²⁾。また、がん患者に対して、看護師がつらさと支障の寒暖計を施行し、その結果をもとに専門医への紹介を推奨するプログラムを実践することにより、専門家により治療導入される適応障害、うつ病を有したがん患者の割合が増加することも示されている³⁾。

2) 進行がん患者の抑うつに対するメタアナリシス

進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有用性に関しては、実証レベルが明らかでなかったため、名古屋市立大学の精神腫瘍学グループが中心となり、Cochrane共同計画の枠組みを用いて系統的レビューをおこなった。適格条件を満たし、データの統合が可能であった研究は6報であったので、これらを用いてメタアナリシスをおこなった結果、精神療法の提供は、通常の治療のみにく

らべて有意に抑うつを改善することが示された(効果量 = -0.44 [95%信頼区間 = -0.08 ~ -0.80])。一方、抽出された6報のうち4つの研究が死まで治療を継続するタイプの支持-表出的精神療法であり、認知行動療法、問題解決療法が一つずつであった。今回の検討から、進行がん患者の抑うつ軽減に対して精神療法は有用であり、中等度の効果を有することが示された⁴⁾。しかし、実際におこなわれていた治療技法は多くが長期間継続する支持-表出的な精神療法であり、昨今欧米で頻用されている構造化された認知行動療法の有用性に関しては今後の研究が必要であることが示された。

3) 回想法(ライフレビューインタビュー)

終末期がん患者にみられる精神的苦悩(自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛)に対しての有効な介入法は確立されていないが、有望な介入法として回想法をもとにした治療プログラムが国内外で試行されてきた。

回想法は、もともと米国の精神科医バトラーが提唱した、高齢者に対する心理的援助法の一つであり、言語による刺激や写真、音楽などを用いた記憶への刺激を通して、自己評価の増大、自己の連続性への確信の強化をもたらす、人生の未解決の課題と向かい合い、人生の再統合へと導くことを目的とした面接法の一つである。過去の自分を振り返ることによって、過去から現在に至る自己に対する評価が高められ、現在の自分をより肯定的に受け入れることができるようになると考えられている。

聖マリア学院大学のAndoら⁵⁾は、終末期がん患者の身体状態を鑑み、2回で完結する簡便な短期回想法を開発した。本法においては、初回の面接において、「人生において重要と思われること」、「人生において最も印象深い思い出」、「人生において分岐点となったこと、強く影響を受けた人物や出来事」、「人生における自分が果たした重要な

役割」、「誇りに思うこと」等に関する質問をおこなうことを通して、短期回想法を実施する。2回目の面接では、初回の回想をもとに自分史を作成しておき、その内容の確認作業をおこなう。Andoらは、緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者を対象に本介入を実施し、spiritual well-being、不安・抑うつが改善することを示している。

2. 現在おこなわれている取り組み

1) デイグニティセラピー

デイグニティセラピーは終末期患者の尊厳を維持、改善する簡便な介入法として、カナダで開発され、その実施可能性や予備的な有用性が報告されている介入法である⁶⁾。デイグニティセラピーでは、定式化された質問プロトコールにもとづき面接がおこなわれ、「患者が最も誇りに思っていること」、「最も意味があったと感じること」、「個人的記録のなかで覚えておいてもらいたいこと」等について話す機会が提供される。本面接内容の録音および逐語化がおこなわれた後に、患者との共同作業にて編集がおこなわれ、「生成継承性文書(generativity document)」として患者のもとに届けられる。本セラピーは、このような介入を通して、患者の考えや思いが今後も受け継がれる価値あるものとして明確に経験することができ、また、患者にとって生きるうえでの目的、意味、価値観の支えになることを意図している。さらに、終末期の身体状態を考慮し、実際の介入はおおむねインタビュー1回と共同作業による文書の編集1回ときわめて簡便なものとなっている。

わが国においても、終末期がん患者の精神的苦悩に対する本介入法の有用性を検討するための多施設共同研究(複数の緩和ケア病棟、がん専門病院、大学病院などが参加する介入の実施可能性、予備的有用性を検討するための臨床試験)がはじまっており、現在症例集積中である。なお、愛知県がんセンター精神腫瘍診療科の小森らは本介入の臨床実践例をホームページ上で紹介している

<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html>).

2) 問題解決療法 (problem-solving therapy)

問題解決療法は認知行動療法の一技法であり、精神症状発現の原因となっている現実的なストレス状況や困難に対し、体系化された方法で対処し、実際の問題解決を図ったり、問題解決能力を高めたりすることを通して精神症状を改善していくことを意図した介入法である。問題解決療法は、うつ病や不安障害をはじめ、さまざまな精神疾患に対して有用であることが実証されており、近年では、がん患者やその家族の経験する精神症状に対しても応用されている。

問題解決療法では、ストレスマネジメントや問題解決に関する心理教育をおこなったうえで、精神症状の背景に存在するストレス状況（個人にとっての日常生活上の「問題」）を整理し、その優先順位や解決可能性を検討したうえで（第一段階）、その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し（第二段階）、さまざまな解決方法を列挙しながら（第三段階）、それぞれの解決方法についてのメリットとデメリットを評価した後に、最良の解決方法を選択・計画し（第四段階）、実行およびその結果を検討する（第五段階）、といった段階的で構造化された簡便な治療技法である。

大阪大学と名古屋市立大学の精神腫瘍学グループが中心となり、わが国のがん患者、なかでもがんサバイバーを念頭においた問題解決療法のプログラムを開発中であり、乳がん患者を対象とした予備的研究で高い実施可能性および有用性が示唆されている⁷⁾。

3. 今後の展望

1) 予期悪心・嘔吐に対する介入

がん患者が最も嫌悪する抗がん剤の有害事象の一つとして、悪心、嘔吐が知られているが、セロ

トニン拮抗薬やステロイドなどが制吐薬として使用されるようになった現在においても悪心、嘔吐のコントロールは十分ではないことが報告されている⁸⁾。抗がん剤による悪心、嘔吐のなかでも、通常みられる急性、遅発性のものとは異なり、催吐作用の強い抗がん剤（シスプラチンなど）をくり返し投与されている患者では、治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心、嘔吐をきたすことがあり、これは予期悪心・嘔吐とよばれている。予期悪心・嘔吐が生ずる機序としては、学習理論にもとづく古典的条件づけが深く関与していることが示唆されている。本症状に対しては、通常の制吐剤は無効であり、前述したように条件づけが関与していることから、系統的脱感作など行動療法的なアプローチの有用性が示唆されている一方で、現時点において標準的な治療は存在しない⁹⁾。なかでも抗がん剤の有効性が高いがんに対する治療においては、予期悪心・嘔吐の適切なマネジメントはきわめて重要である。わが国においては、現在、がん診療連携拠点病院を中心に、外来化学療法室の設置などがすすめられている一方、予期悪心・嘔吐に対する対策は遅れているのが現状であり、わが国の現状に即した介入法の開発が求められている。現在、埼玉医科大学、名古屋市立大学の精神腫瘍学グループが予期悪心・嘔吐に対する精神医学的介入法の開発に取り組みはじめている。

2) せん妄に対する精神医学的介入

進行・終末期がん患者で最も頻度の高い精神症状の一つがせん妄であるが、がん医療の現場ではせん妄が看過されやすく、それゆえ適切なマネジメントも受けていないことがくり返し報告されている。その一方で、せん妄は、転倒・転落、家族とのコミュニケーションの障害や家族の苦痛の原因となったり、入院期間の延長、医療スタッフの疲弊など多岐にわたる問題を引き起こすことが知

られている。

これらせん妄に対する取り組みとして多職種による非薬物療法的介入による予防法などの有用性が示唆されているが¹⁰⁾、わが国のがん医療の現場を念頭に置いた場合、その実施可能性はきわめて低いといわざるを得ない。このような現状を背景に、一般病棟におけるせん妄の早期発見、早期治療への導入を目的とした実施可能性の高い介入法(例：精神科医によるリエゾンの介入)の開発が求められている。あわせて、ほとんどの終末期がん患者がせん妄を経て亡くなること、および最も強い苦痛を経験するのは家族であることが示唆されていることから、今後は、家族ケアを含めた介入法の開発が望まれる。現在、聖隷三方原病院の緩和ケアグループが終末期せん妄患者の家族に対する介入方法の開発などに取り組んでいる¹¹⁾。

おわりに

以上、わが国におけるがん患者の精神症状緩和のための精神医学的介入研究の現状と今後の展望を中心に概説した。がん患者はその病の軌跡のなかで多彩な精神症状を経験するが、2007年に策定された「がん対策推進基本計画」においても早期からの緩和ケアが重点課題として掲げられているなか、適切な精神症状緩和の提供は喫緊の課題といえよう。なかでも、輸入物ではない、あくまでわが国の医療システムを念頭ににおいた患者に受け入れやすい精神医学的介入法の開発が強く求められている一方、まだまだ実際の医療現場において利用可能な介入法は少ないのが現状である。

■ 文 献 ■

- 1) 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
- 2) Akechi T, Taniguchi K, Suzuki S *et al* : Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence : feasibility study. *Psychooncology* 16 : 517-524, 2007
- 3) Shimizu K, Akechi T, Okamura M *et al* : Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103 : 1949-1956, 2005
- 4) Akechi T, Okuyama T, Onishi J *et al* : Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* : CD005537, 2008
- 5) Ando M, Tsuda A, Morita T : Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 15 : 225-231, 2007
- 6) Chochinov HM, Hack T, Hassard T *et al* : Dignity therapy : a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23 : 5520-5525, 2005
- 7) Akechi T, Hirai K, Motooka H *et al* : Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients : preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 38 : 867-870, 2008
- 8) Grunberg SM, Deuson RR, Mavros P *et al* : Incidence of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics. *Cancer* 100 : 2261-2268, 2004
- 9) Lotfi-Jam K, Carey M, Jefford M *et al* : Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects : a systematic review. *J Clin Oncol* 26 : 5618-5629, 2008
- 10) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA *et al* : A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 340 : 669-676, 1999
- 11) Morita T, Akechi T, Ikenaga M *et al* : Terminal delirium : recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 34 : 579-589, 2007

がん患者と家族の心のケア (サイコオンコロジー)

明智龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学 准教授

プライマリ・ケアにおけるポイント

がん患者には高頻度にケアが望まれる不安やうつ状態が見られるが、がん医療の現場では医療者の知識不足や多忙さを背景に、これらの多くが看過されていることが知られている。したがって、がん治療の最前線の現場においては、必ずしも患者が適切な心のケアを受けているわけではない。

がんに罹患したことに続発する心理的苦痛であっても、生活に支障をきたすようなレベルの状態であれば積極的にケアを提供することが望まれる。プライマリ・ケアの現場でこれらの症状を見逃すことなく適切に把握し、患者の気がかりに耳を傾け、少量の抗不安薬を処方するなどの簡便な治療を提供するだけで改善が期待できる病態も少なくない。また、がん患者の家族はケアギバーであると同時に、患者同様ケアが必要な心理状態にあることが多いこともぜひ知っておきたい。

がん患者と家族に最適ながん治療を提供し、適切な心のケアを提供するうえで、がんを専門とする高度医療機関とプライマリ・ケアとの連携はきわめて重要である。

I サイコオンコロジー (精神腫瘍学)

近年、身体や臓器は診るが、病を抱えた人を診ない医療に対して問題提起がなされるようになり、がん患者においても、身体的側面のみならず心理・社会的側面も含めて包括的な医療を提供する必要性が認識されるようになってきた。

サイコオンコロジー (精神腫瘍学) は、従来ともすると軽視されがちであった「がんが心に与える影響」と、これら心の問題に対する適切な介入法を明らかにすることを目的として生まれた新しい学問である¹⁾。欧米ではがん告知が一般化した1970

年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった。わが国においても近年がん対策に重きがおかれるようになり、サイコオンコロジーへの関心、がん医療における心のケアへのニーズが飛躍的に高まってきている。

本稿ではサイコオンコロジーの観点から、がん患者の精神症状、なかでもプライマリ・ケアと密接に関連し得る外来診療において頻度が高い精神症状を中心に概説する。

II がん患者に頻度の高い精神症状

がん患者の約半数に何らかの精神医学的診断が認められることが知られている。臨床的に問題となることの多い精神症状は、適応障害・うつ病・

せん妄であり、比較的身体状態のよい患者が多い外来診療の現場においては、適応障害・うつ病の頻度が高いことが示されている²⁾。これらががん患

表1 適応障害の診断基準 (アメリカ精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状 (例)
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現	がんの再発の診断告知を受けてから、気分が沈み、ささいなことでも涙が出てしまう。病状が進行して強い不安が続き、夜も眠れない状態が続いている
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている ①そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに越えた苦痛 ②社会的または職業的機能の著しい障害	最近は何事にも集中できず、気持ちは焦るばかりで、食事の準備など家事をすることにも支障がある。毎日のように不眠が続き、仕事に打ち込めない
ストレス関連性障害はほかの特定の精神障害の基準を満たしていないし、すでに存在している障害の単なる悪化でもない	うつ病、不安障害など、ほかの精神医学的な疾患の診断基準は満たさない

(文献3)より)

者に見られる精神症状は、頻度が高いのみならずQOLの全般的低下、家族の精神的負担の増大、自殺など多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされており、精神症状に対する適切な対処は重要である。

1 適応障害

a. 適応障害とは

適応障害とは、強い心理的ストレスのために日常生活に支障をきたす(仕事や家事が手につかない、眠れないなど)ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である(表1)³⁾。

b. 治療

適応障害の治療は、おおむね精神療法と薬物療法に大別されるが、とりわけ精神療法は不可欠であり、必要に応じて薬物療法を併用する方法が一般的である。また、がん患者においては、医療スタッフからの心理的な援助の有無が、その精神的な適応を大きく左右する要因であることが示されており、医療チームとして患者を支えていく体制を整えることが重要である。さらに、適切にコントロールされていない身体症状(とくに痛み)やさまざまな家族の問題などが背景に存在することも少なくないため、常に包括的なケアの提供を念頭に置く必要がある(図1)。

精神療法のなかでも最も一般的かつ有用なのは

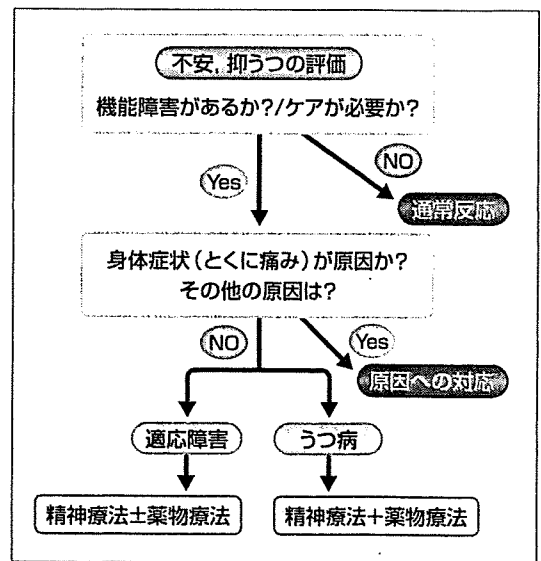


図1 がん患者の不安、抑うつへの対応

支持的な精神療法である。支持的な精神療法は、がんに伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした心理的苦痛を、支持的な医療者との関係・コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。その基本は、患者の言葉に対して批判・解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。これらの面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると患者に言語的あるいは非言語的に伝えることが治療的に働く。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療

表2 うつ病の診断基準(アメリカ精神医学会)

以下の症状のうち、①あるいは②を必須とし、全部で5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている

① 抑うつ気分	気分が沈んで、いつもすぐれない
② 興味・喜びの低下	何をしても楽しくない、興味がもてない
③ 食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲が出ない、何を食べてもおいしくない
④ 不眠(過眠)	夜眠れない、寝つけても途中で目が覚めてしまう
⑤ 焦燥・制止	いらいらしてじっとしてられない、何かをしようと思ってもブレーキがかかったように身体が思うように動かない
⑥ 易疲労性・気力減退	疲れやすい、だるい、気力が出ない
⑦ 罪責感・無価値観	まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと過度に感じてしまう
⑧ 思考・集中力低下	物事に集中できない、決断できない
⑨ 希死念慮	死にたい、早く逝ってしまいたい

*臨床的に著しい苦痛、または社会的・職業的またはほかの重要な領域における機能障害の存在

*物質や一般身体疾患によるものではない

(文献3)より

者に接することは、がん患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分であるときや、患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。顕在化している精神症状や患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、蓄積性を考慮し、半減期の短い抗不安薬アルプラゾラムなどを少量(0.4~0.8mg/日程度)投与することが実際的である。アルプラゾラムで効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気やふらつきといった有害事象の出現などの状態をきめ細かく観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

2 うつ病

a. うつ病とは

がん患者の場合、うつ病はがん罹患に伴うさまざまな喪失体験(健康・仕事・役割・将来の計画を失ってしまうなど)に関連して生じることが多い。うつ状態は不安と異なり、患者自らが苦痛を

訴えてくることが少ないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている。目立たない反面、うつ状態に苛まれている患者は内面的に苦悩していることが多く、看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある。とくにうつ病レベルのものに対する適切な対応は、自殺の予防に加え、患者のQOLを維持し、抗がん治療に対するアドヒアランスを保つうえできわめて重要である。表2にうつ病の診断基準を示した³⁾。

b. 治療

うつ病に対しては、精神療法に加えて概ね薬物療法も併用されることが多い(図1)。精神療法に関しては、適応障害に対する治療とほぼ同様であるので、前項を参照していただきたい。以下、薬物療法を中心に概説する。

複数の無作為化比較試験の結果から、がん患者のうつ病に対しても、抗うつ薬は有用であることが示されている。しかし現時点においては、がん患者のうつ病に特定の抗うつ薬が優るというエビデンスは存在しないため、一般的には、患者の身体状態(身体症状の把握)、併用薬剤(相互作用を有する薬物が使用されていないか)、抗うつ薬の有害事象プロフィール(無用な身体的負荷を避けるため)などを総合的に判断して薬剤選択を行う。

予後が限られた状況など、うつ病の完全な治癒を望むことが現実的には難しいと考えられる場合であれば、うつ病の症状のなかでも標的症候を定めて、部分的ではあっても可能な限りの症状緩和を行うことが重要である。

薬物療法の実際としては、うつ病でも軽症のものでは抗うつ作用を有する抗不安薬であるアルプ

ラゾラムから開始し、中等症～重症例に対しては選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) から投与することが実際的である⁴⁾。いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し、状態を見ながら漸増していく。

III 家族のケア

がん患者の家族、とくに進行・終末期のがん患者の家族はケアギバーであると同時に、患者同様ケアが必要な心理状態にあることが多いことも繰り返して示されている。家族は患者に対する介護に加え、難しい意思決定、役割変化など多くの課題に対処していかなければならず、場合によっては患者以上の心理的苦痛を経験していることも少な

くない。

このような背景から、サイコオンコロジーでは、適切なケアを提供されるべき存在であるという意味を込めて、家族を「第二の患者」と呼んでいる。患者のみならず、家族全体を念頭に置きながらケアを提供するうえで、プライマリ・ケアの医療現場に期待される役割は大きい。

IV プライマリ・ケア医に求められること

がん患者に頻度の高い精神症状として適応障害、うつ病について概説した。ここでは、以上を踏まえたうえでプライマリ・ケアにおいて患者を援助する際のポイントについて記してみたい。

がん医療の現場では、医療者の知識不足や多忙さを背景に、適応障害・うつ病の多くが看過されていることが知られている⁵⁾。したがって、患者ががん治療を受けている現場において、必ずしも患者が適切な心のケアを受けているわけではないことを知っておきたい。また、がん罹患したことによる発する心理的苦痛であっても、生活に支障

をきたすようなレベルの状態であれば積極的にケアを提供することが望まれる。プライマリ・ケアの現場でこれらの症状を見逃さずに把握し、前述した精神療法的なアプローチに基づき患者の気がかりに耳を傾けたり、少量の抗不安薬を処方するなどの簡便な治療を提供するだけで改善が期待できる病態も少なくない。もちろん、うつ病レベルの状態が想定される場合は、担当医に情報をフィードバックしたり、専門医に紹介するといった機能もプライマリ・ケアの医療現場で可能な大切な役割である。

おわりに

わが国においても、積極的な抗がん治療のみならず、がん患者に対して適切な精神的ケアを提供することの重要性が認識されつつある。一方で、

わが国においては、がん患者の心の問題への取り組みはいまだ始まったばかりであり、個々の患者のニーズに応じた適切なケアを提供していくうえ