

考になる」との意見もセミナーが単に「聴いて帰る」だけのものでなく、地域の他の場所に影響を及ぼしうることが示唆される。すなわち、地域におけるセミナーでは、単に知識や技術の提供という役割以外にも、「普段顔を合わせない多職種が顔を合わせる」ことによって地域全体に緩和ケアが普及する効果があることが示唆される。

本研究の限界として、本研究は緩和ケアセミナーの実施可能性を有用性の点から評価したものであり、セミナーが参加者の知識や実践、および、患者のアウトカムに変化をもたらしたかを評価することはできない。これらの課題は、今後、明らかにされるべきである。また、評価は質問紙の任意の提出により行ったことと、講義のみ受講した場合には中途退室となり質問紙の提出機会がなかったことから回収率が70%であるため、未回答の参加者の意見は反映されていない。

## まとめ

OPTIMによる講義とグループディスカッションを組み合わせたセミナーは、参加者から有用であると評価されていた。講義の内容としては、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアが有用であると評価されていた。グループディスカッションでは、実技を含むもの、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したもの、および参加者が提示した困難事例の有用性が高かった。また、セミナーは、緩和ケアの知識・技術の獲得のみならず、「地域の多職種の交流の場」としても重要であると位置づけられていた。

今後、これらの患者アウトカムへの評価や、他の方法との比較など、地域での緩和ケアセミナーのよりよい方法に関する研究が行われる必要がある。

## 謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業ががん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」により行われた。また、本プロジェクトにあたり、セミナーの準備にご協力くださった数多くの関係者の先生方にお礼を申し上げます。

## 文献

- 1) 片山 壽・監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京、篠原出版新社、2008
- 2) 濱口恵子、小迫富美恵、坂下智珠子、他・編：がん患者の在宅療養サポートブック：退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント。東京、日本看護協会出版会、2007
- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。東京、日本評論社、2007
- 4) 日本医師会：がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査－報告書－。東京、2008
- 5) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」：対象地域に対する予備調査。http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html
- 6) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 282: 867-874, 1999
- 7) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. http://www.thecochranelibrary.com. 2007
- 8) 木澤義之：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。3. 日本緩和医療学会 PEACE プロジェクトーがん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるようにー。ホスピス緩和ケア白書 2009: 24-30, 2009
- 9) 竹之内沙弥香, 田村恵子：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。5. End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム。ホスピス緩和ケア白書 2009 8-42, 2009
- 10) 丸本美幸, 平岡充江, 大和浩之, 他：中国労災病院の緩和ケアの現状～緩和ケア研究会・緩和ケア学習会の活動状況～。中国労災病院医誌 13: 80-82, 2004
- 11) 小西洋子, 神林祐子, 岡田耕二, 他：「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修

会」成果の評価について. 第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009. 6.19~20  
12) 小穴正博, 林裕家, 大井裕子, 他: 地域ホス

ピス・緩和ケア研修セミナーの有用性の検討.  
第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪,  
2009. 6.19~20

※

※

※

診 断 と 治 療 [第 97 卷 ・ 第 11 号] 別 刷

2009 年 11 月 1 日 発 行

発 行 所 株 式 診 断 と 治 療 社

---

外来で診る食道がん・胃がん・大腸がん

総論

サイコオンコロジーの基本的知識

大西 秀樹

Key Words

サイコオンコロジー  
 適応障害  
 うつ病  
 せん妄  
 がん

\* 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

サイコオンコロジーとは？

がん治療はその治療法の進歩にもかかわらず、年間30万人以上が命を落とし、わが国における死因の第1位である。がん罹患することは「死」を連想し、人生における大問題であり、身体のみならず精神にも多大なる影響を及ぼす。したがって、何らかの対応が必要となるが、がんという病気が心に及ぼす影響を調べ、それらに対して適切に対処する医学領域を精神腫瘍学（サイコオンコロジー）という。

サイコオンコロジーの発展は、がんの診断を伝えるようになった1960年代にアメリカを中心として広まっていった。わが国でも、がんの告知が進んだ80年代より広まり、現在に至っている。

がん患者にみられる精神疾患とその有病率

1. 有病率（表1）

治療中がん患者対象の調査では、がん種を問わず適応障害とうつ病が多い。進行・終末期になるとせん妄の占める割合が高くなる。

近年の調査研究によると、文化の差を問わず、全病期を通じて、不安・抑うつは20～40%の患者にみられることが知られている。

2. 正常反応（表2）

がんの告知、再発など、「悪い知らせ」が伝えられたときにみられる反応は、次の3段階に分けられる。

第一期は「衝撃の時期」である。頭の中が真っ白になり、何も考えられなくなり、信じ

表1 種々のがんにおけるうつ病有病率

治療中	6%
肺がん切除後	4.7～8%
切除不能肺がん	5%
再発乳がん	7%
終末期	12%

表2 「悪い知らせ」後にみられる心理的な反応

第一期	衝撃の時期 ショック 否認 “そんなはずはない” 絶望 “もうだめかもしれない”
第二期	苦悩の時期 不安 抑うつ気分
第三期	適応期 現実への適応 生活再開

られないといった気持ちになる。これは約1週間程度続く。

第二期は「不安・抑うつ」の時期であり、病気に対する不安・抑うつ・不眠などを呈する。

第三期は適応の時期であり、現実を受け入れ、現実的な対応がとれるようになる。

## がん患者に多くみられる精神疾患

### 1. 適応障害

強い心理的ストレスにより日常生活に支障（家事が手につかない、眠れない、仕事の能率が下がる、涙ぐむ）をきたすような不安・抑うつといった精神症状を呈するストレス反応性の疾患である。

#### a) 原因

がん医療では、告知、治療、再発などの治療経過中に何らかの変化があった場合、また、治療経過中に生じる家庭面、経済面での変化で生じることが多い。

#### b) 治療

適応障害の治療において最も一般的に行われているのが支持的な精神療法である。支持的な精神療法は、傾聴、共感、支持、肯定、受容をして保証などを中心とした精神療法である。がん罹患者と、喪失感、生活・役割の変化、将来の不安、恐怖感などが生じる。それらに対して、医療者が真剣に耳を傾け、批判的にならずに共感・支持・肯定し、現実的な範囲で舗装を与えることが治療の実際である。不安、抑うつの内容は個人差があるため、個別性の高い治療である。医療者側が本人を理解、支持しようと努め、患者側にその思いが伝わったときに治療的となり、抑うつ・不安の軽減が期待でき、よりよい自己洞窟が可能になる。医療者側には、良好なコミュニケーションを保つための態度が必要となる。

表3 うつ病診断基準

精神症状	身体症状
①抑うつ気分*	⑤食欲低下
②興味・意欲の低下*	⑥全身倦怠感
③自責感	⑦制止
④希死念慮	⑧不眠
	⑨集中困難

\* ①、②のどちらかは診断に必須である。  
上記9つの症状のうち、5つ以上が2週間以上にわたって認められる場合にうつ病と診断する。

### 2. うつ病

抑うつ気分、意欲の低下を主症状とし、種々の精神・身体症状を伴う症候群である。

#### a) 診断

表3に示した9項目のうち、①または②があり、9項目中少なくとも5項目が2週間にわたって存在する場合に診断する。うつ病の診断基準をみてもわかるように、うつ病では食欲不振、全身倦怠感など身体症状を呈することも多いが、これら症状はがんそのもの、治療により生じる症状とも重なり合うため、うつ病の症状とはみなされないことも多い。がん患者のうつ病は、医師、看護師ともに見落とすことの多い病態であることが知られている。

#### b) 治療

薬物療法、精神療法、生活指導が治療の中心である。がん患者では手術、放射線、化学療法を受けていることもあり、薬物療法の副作用が出やすい状況にあるので注意が大切である。うつ病の薬物療法は、その有用性が示されており、進行がん患者に対する治療アルゴリズムも示されている（図1）<sup>2)</sup>。

#### c) せん妄

種々の原因により脳の機能が障害された状態である。

#### d) 臨床症状

意識障害に加え、幻視、妄想、興奮などの精神症状を伴う。症状は変動することが多い。

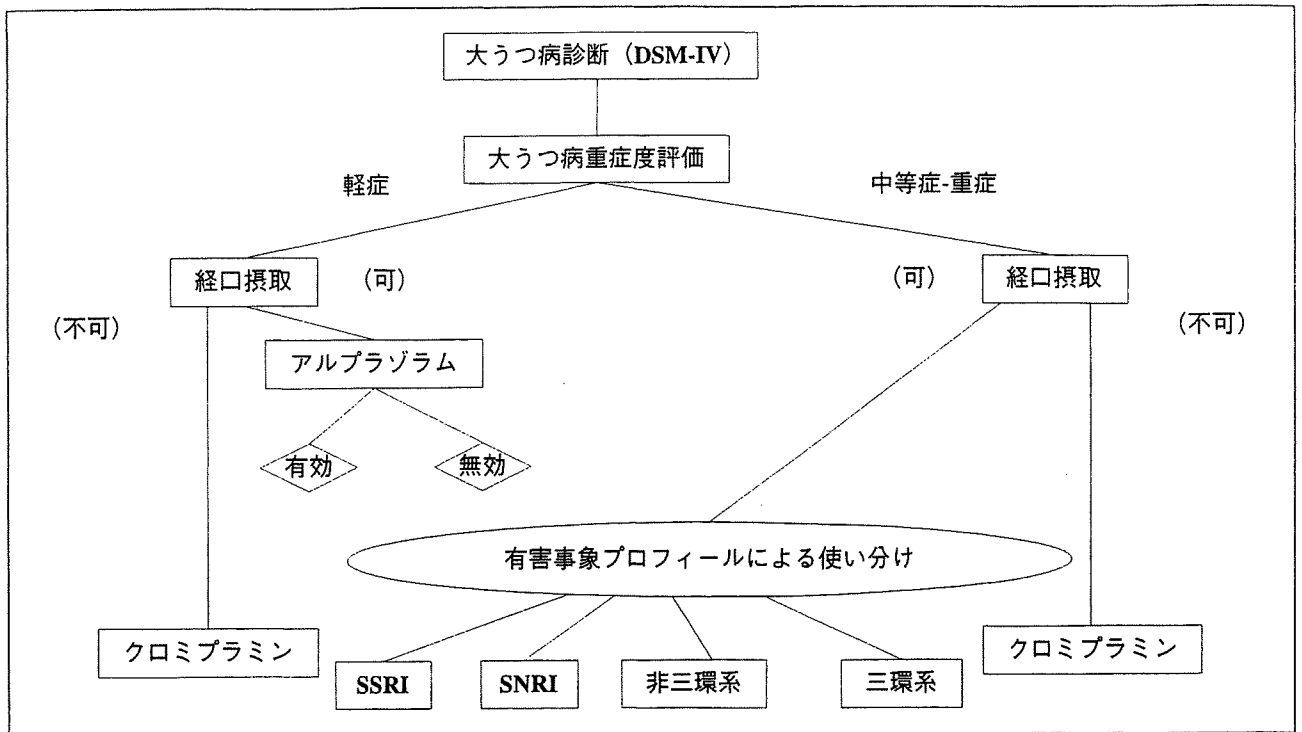


図1 進行がん患者のうつ病に対する薬物治療アルゴリズム (国立がんセンター)

Okamura M, et al.: Psychooncology 2008

表4 せん妄の原因同定に必要な検査

現在の身体および精神状態の把握	身体所見, 神経学的所見 バイタルサインのチェック 問診および認知機能検査による意識および精神状態の把握
病状変化の把握	せん妄出現までのADL 既往歴 (身体疾患, 精神疾患, せん妄, 痴呆, アルコール依存) 個々の薬剤投与開始時期および精神状態の時間的關係  【検討事項】 年齢, せん妄の既往, 頭蓋内病変, 痴呆・アルコール依存の既往 全身状態
検査 (必要に応じて)	血液検査 (赤血球数, 白血球数, Hb, Ht) 生化学検査 (TP, Alb, T-Bil, D-Bil, BUN, Cr, Na, K, Ca, glu, GOT, GPT) 尿検査 心電図 胸部X線写真 動脈血酸素飽和度
個々の病状に応じて必要な検査	頭部CTまたはMRI 脳波検査 髄液採取 動脈血ガス分析 甲状腺ホルモン, Vit B1,

注意: 上記の検査は必須ではなく, 患者の全身状態を考慮して必要最低限のものだけを行うべきである。

原因としては、薬剤性、代謝性、疾患そのものに伴うものなどがある (表4)。

e) 頻度

進行がんで多く、終末期では8%程度の患者にみられる。

f) 治療方針

せん妄の原因となった原疾患の同定、治療および環境調整が大切である。多くの場合、原因は複数みられる。原因検索と同時に、環境調整、薬物療法も行う<sup>3)</sup>。

**なぜ、精神的なケアが必要なのか？**

精神症状は以下に示すように、日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を与える。以下に精神症状ががん治療に与える負の影響について述べる (表5)。

1. 精神疾患そのものの呈する苦痛

不安および抑うつは、だた、不安感、抑うつ感といった気分症状のみではない。患者にとって不安、抑うつは苦痛を伴う症状である。

2. QOLの低下

がん患者のQOLは、抑うつを呈する場合、精神的苦悩を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に低下する。さらに、抑うつを呈する患者のQOLは、対象群と比較して、社会、感情、認知、および身体領域などの広い範囲にわたり低下する。

3. 適切な意思決定障害

治療方針決定も影響を受ける。乳がん術後化学療法を受ける割合を対象群と抑うつを呈した群とに分けて比較すると、対象群では92%が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数であった (P<0.001)<sup>4)</sup>。

4. 自殺

がん患者の自殺率は一般に比して、約2倍であり、身体的な痛み、絶望感、予後の悪さ、抑うつが危険因子となっている。フィンランドにおけるがん患者の自殺に関する調査で

表5 精神症状が及ぼす負の影響

精神症状そのものの苦痛
生活の質 (QOL) の低下
適切な意思決定障害
自殺
家族の精神的苦痛

は、その80%が抑うつを呈していた。

5. 家族の精神的苦痛

がん患者の家族も精神的に苦悩し、その程度は患者と同様であることが知られている。

**がん患者における精神腫瘍学的な治療**

1. 精神科治療の有効性とその問題点

このように、精神症状は、患者、家族に苦痛をもたらし、さらには、がん治療に対して負の影響を及ぼす。しかしながら、これらの症状は、適切な精神療法、および薬物療法の組み合わせで改善することも知られている<sup>5)</sup>。したがって、精神医学的な介入は患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要である。

2. 治療における留意点

がん患者では、担がん状態、高齢、手術、放射線、化学療法などのために様々な身体症状を有していることが多い。したがって、薬物療法を行うときには副作用に注意が必要である<sup>6)</sup>。さらにはがん医療は集学的治療であるため、様々な薬物投与を受けていることが多い。したがって、薬物の相互作用に注意する必要がある。

3. 治療におけるもう一つの問題-コミュニケーション<sup>7)</sup>

がん医療においては、告知、転移、再発、終末期など、患者の人生を根本から変えてしまうような「悪い知らせ」を伝える機会が多い。このような場合においては、患者との良好なコミュニケーションを保つことが大切で

表6 悪い知らせの伝え方 (SPIKES) (Baile, et al.:Oncologist, 2000)

1. 話す場の設定 (Setting up the interview)
2. 病気に対する知識の評価 (assessing the patient's Perception)
3. 説明内容への患者の希望の確認 (obtaining the patient's Invitation)
4. 医学的事実の説明 (giving Knowledge and information to the patient)
5. 患者の感情への感情移入を伴った対応 (addressing the patient's Emotions with empathic responses)
6. 今後の方針および説明をまとめる (Strategy and summary)

表7 SHAREプログラム (内富ら, 2007)

1. 支持的な場の設定 (Supportive environment)
2. 悪い知らせの伝え方 (How to deliver the bad news)
3. 付加的な情報 (Additional information)
4. 安心感と情緒的サポート (Reassurance and Emotional support)

あるが、良好なコミュニケーションはがん診断時の患者の心理的ストレス、検査結果が悪いときのストレスとも関連しており、患者がよりよい状況で治療を受けるために、医療者が有する必要な“技術”である。コミュニケーション能力はスキルのトレーニングで改善することが知られており、このスキルを習得するために北米ではSPIKESが開発されている(表6)。日本人に特有の要素を組み込んだコミュニケーションの指針としてはSHAREが開発されている(表7)。

### がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

#### 1. 家族の負担

がんという病気は、本人のみならず、周囲の人々にも影響を及ぼし、その負担は病気の面のみならず、社会・経済面など、日常生活の様々な領域に及ぶ。

家族の精神状態に影響を与える因子として、患者の身体状況、痛み、吐き気、せん妄状態などがある。

#### 2. 家族の精神医学的有病率、受診率「第二の患者」

家族の精神医学的有病率は、およそ10～50%である。また、家族のストレスの程度は患者と同等、またはそれ以上であることから、

患者家族は「第二の患者」であり、治療とケアの対象であると言われている<sup>8)</sup>。

#### 3. 家族に対する精神医学的介入

近年のがん患者家族に対するメタ分析では、患者家族のストレスには早期介入が有効であるとの報告があり、その必要性を支持している。しかしながら、家族は自身の苦悩を訴えないことも多く、家族の苦悩は過小評価される可能性もあるので注意が必要である。

### 遺族に対する関与

#### 1. 遺族の負担

死別はストレスフルなライフイベントであり、中でも配偶者の死は人生最大のストレスと言われている<sup>9)</sup>。したがって、死別ストレスは、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

#### 2. 死別が及ぼす影響

##### a) 身体への影響

死別は身体に影響を及ぼす。死別早期に遺族の死亡率は上昇するという報告が多い。さらに、遺族は身体疾患への罹患、病気の悪化が指摘されているが、医師への受診機会は増えない。

##### b) 精神への影響

死別は精神にも影響を及ぼす。死別後のうつ病有病率調査では1か月24%、7か月23%、13か月16%と高い。死別後1年以内の自殺率



も上昇する。

### 3. 遺族に対する精神医学的介入

上記のように死別は身体面、精神面に影響を及ぼすことから、何らかの介入が必要である。このような介入は Postvention (後治療) とよばれ、遺族のQOLを高めるために必要である<sup>10)</sup>。

## おわりに

サイコオンコロジーについての概略を述べた。多くのがん患者が精神症状に苦しみ、その結果、治療に悪影響を及ぼす場合もあると考えられる。がん患者における精神症状の早期発見・治療的介入は、患者の精神的苦痛を軽減し、よりよいがん治療の提供につながるため、医療従事者に課せられた義務だと考えている。また、患者家族・遺族の精神的負担が大きいことから、介入を検討する必要性が今後さらに増大すると思われる。

## 文 献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004
- 2) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al.: Clinical

experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 17: 154-160, 2008

- 3) 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* 22:997-1006, 2001
- 4) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al.: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*. 356:1326-1327, 2000
- 5) Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 132:209-218, 2000
- 6) Massie MJ, Holland JC: Depression and the cancer patient 51 (Suppl): 12-17, 1990
- 7) 内富庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか 医学書院, 東京, 2007
- 8) Lederberg MS: The family of the cancer patient. Holland JC (ed). *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, pp981-993, 1998
- 9) Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11:213-218, 1967
- 10) E.S. シュナイドマン: 「死にゆく時 (DEATH of MAN)」 誠信書房, 東京, 1980

## 著者連絡先

(〒350-1298)  
 埼玉県日高市山根1397-1  
 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科  
 大西秀樹

## ショートレビュー

---

---

がん医療における適応障害とうつ病—薬物療法と包括的介入

清水 研

---

緩和ケア別刷

VOL.19, No.3 2009

青海社発行

間評価を行った。パロキセチン、デシプラミンともにプラセボに対しての有効性は実証されず、有害事象に関しても差は認めなかった。本試験のサンプルサイズはかなり小さく、HAM-D (ハミルトンうつ病評価尺度) の 11 点の差を検出するためのものに該当する。

#### ② うつ病よりも軽症の抑うつ症状を対象として含んだ試験

より軽症の抑うつ症状を対象とした RCT (無作為対照試験) は、3 報存在し、いずれもセロトニン選択的再取り込み阻害薬とプラセボの比較を行ったものである。うち、1 報では有効性が示されたが、残りの 2 報では、プラセボとの有意な差が検出されなかった。

〔① Razavi D, Alliair JF, Smith M, et al: The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand*〕<sup>4)</sup>

91 名のうつ病あるいは適応障害を合併し、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) の総得点が 13 点以上のがん患者を対象とし、フルオキセチン群とプラセボ群にランダムに割りつけて、5 週間フォローアップした。主要評価項目は投与後 5 週間にて HADS の総得点が 8 点以下になった患者の割合であり、フルオキセチン群は 11%、プラセボ群は 7% であったが、両群に有意な差を認めなかった。

〔② Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al: Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients; a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol*〕<sup>5)</sup>

構造化した診断面接は行わず、抑うつ気分、あるいは興味・喜びの喪失の 2 問の質問紙のうち、いずれかを認めるとした進行がん患者に対して 163 名に対して、フルオキセチン群とプラセボ群にランダムに割りつけて、12 週間フォローアップした。主要評価項目は Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) による QOL 評価であり、副次的に抑うつ症状を評価した。結果としては QOL、抑うつ症状ともに改善を認めている。進行がん患者であるため、試験を完遂したのは全体の 79% であり、これらを考慮に入れた解析が施行されている。

〔③ Stockler MR, O'Connell R, Nowark AK, et al:

Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression; a placebo-controlled double-blind randomised trial. *Lancet Oncol*〕<sup>6)</sup>

主治医が抑うつ症状が存在すると考えた患者のうち大うつ病の診断基準に該当するものを除外した 187 名に対して、セルトラリン群とプラセボ群にランダムに割りつけて、52 週間フォローアップした。主要評価項目は Centre for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) によるうつ症状の評価であり、副次的に QOL、倦怠感、不安、そして生存期間を測定した。結果としては、うつ症状、QOL、倦怠感、不安、生存期間のいずれにおいても、両群間に有意な差は認められなかった。

#### ③ うつ病の予防

下記の 1 報が存在し、有効性が示されている。

〔① Musselman DL, Lawson DH, Gummiok JF, et al: Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med*〕<sup>7)</sup>

うつ病の高リスク群である、インターフェロン  $\alpha$  による治療を受ける悪性黒色腫の患者に対して、治療 2 週間前からパロキセチンを予防的に投与する群と、プラセボ群にランダムに割りつけて、12 週間フォローアップした。うつ病を発症したのは、パロキセチン群は 11%、プラセボ群は 45% であり、パロキセチンの有効性が実証されている。

#### ④ おもな治療対象が倦怠感など別な症状であり、うつ症状は 2 次的に評価した研究

下記の 2 報が存在する。

〔① Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, et al: Differential effects of paroxetine on fatigue and depression; a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol*〕<sup>8)</sup>

化学療法を受けているがん患者で、倦怠感の自覚がある 549 名をパロキセチン群と、プラセボ群にランダムに割りつけて、8 週間フォローアップした。主要評価項目は倦怠感であるが、倦怠感と抑うつは高頻度で合併するため、CES-D を副次的な項目として評価

している。結果として、倦怠感そのものは両群間に差は認めないが、うつ症状はパロキセチン群に改善を認めたという結果であった。

〔② Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, et al : Effect of paroxetine hydrochloride (Paxil) on fatigue and depression in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat*〕<sup>9)</sup>

①の2003年の研究と同じグループが計画した試験であり、①では倦怠感の有効性が実証されなかったが、対象を乳がんに絞り、より均一性の高いサンプルにて再検証を行っている。化学療法を受けているがん患者で、倦怠感の自覚がある乳がん患者94名をパロキセチン群と、プラセボ群にランダムに割りつけて、フォローアップした。主要評価項目は倦怠感であるが、倦怠感と抑うつは高頻度で合併するため、CES-Dを副次的な項目として評価している。結果としては①の結果と同様で、倦怠感そのものは両群間に差は認めないが、うつ症状はパロキセチン群に改善を認めた。

#### ▶ おわりに

抽出された9報のうち、6報が抗うつ薬の有用性を実証しているが、残りの3報においてはプラセボに対して有意な差は認めておらず、がん患者に合併する抑うつに対する抗うつ薬の有用性に関して、結論が現時点で得られているとはいえない。また、検証されているのは多数ある抗うつ薬のごく一部であることも認識しておく必要がある。

個別にみていくと、大うつ病レベルの精神症状に関しては、サンプルサイズが小さい1報を除けば、治療、予防ともに有効であるという結果がRCTにて得られている。がん患者に合併するうつ病に関しても、一般のうつ病患者に準じて抗うつ薬による治療を行うことが、現時点の一般臨床における選択肢としては妥当なのではないかと考えられる。

適応障害レベルの精神症状の場合は、有効であるという報告が1報、有意な差をみとめないという報告が2報存在する。これらの結果から、適応障害レベルの場合は、うつ病ほどは抗うつ薬の効果が期待できないことが考えられるため、臨床医は抗うつ薬の適応に関して慎重になる必要がある。また、適応障害レベ

ルと一口にいてもさまざまな状態像があるため、どのような患者に抗うつ薬有効であり、どのような患者には無効であるのかを、今後明らかにしていく必要があると思われる。

#### 文 献

- 1) Costa D, Mogas I, Toma T : Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 320 : 85-92, 1985
- 2) Van Heeringen K, zivkov M : Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br J Psychiatry* 169 : 440-443, 1996
- 3) Musselman DL, Somerset WI, Guo Y, et al : A double-blind, multicenter, parallel-group study of paroxetine, desipramine, or placebo in breast cancer patients (stages I, II, III, and IV) with major depression. *J Clin Psychiatry* 67 : 288-296, 2006
- 4) Razavi D, Alliair JF, Smith M, et al : The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand*. 94 : 205-210, 1996
- 5) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al : Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients ; a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 21 : 1937-1943, 2003
- 6) Stockler MR, O' Connell R, Nowark AK, et al : Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression ; a placebo-controlled double-blind randomized trial. *Lancet Oncol* 8 : 603-612, 2007
- 7) Musselman DL, Lawson DH, Gummiok JF, et al : Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med* 344 : 961-966, 2001
- 8) Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, et al : Differential effects of paroxetine on fatigue and depression ; a randomized, double-blind trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol* 21 : 4635-4641, 2003
- 9) Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, et al : Effect of paroxetine hydrochloride (Paxil) on fatigue and depression in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 89 : 243-249, 2005



200925607A (3/3)

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 1/2

研究代表者 明智 龍男

平成22(2010)年3月

緩和ケアチームのための

# 精神腫瘍学入門

日本サイコオンコロジー学会  
教育委員会

監修

小川朝生・内富庸介

編集

⑧ 医業ジャーナル社

# 監修・編者・執筆者一覧

## 監修

日本サイコオンコロジー学会教育委員会

## 編者

おがわ あさお  
小川 朝生 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部室長

うちとみ ようすけ  
内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部部長

## 執筆者 (執筆順)

うちとみ ようすけ  
内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部部長

ふじもり まいこ  
藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部 / 日本学術振興会特別研究員

こばやかわ まこと  
小早川 誠 広島大学病院緩和ケアチーム副室長・助教

よこおみ のり  
横尾実乃里 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部

おがわ あさお  
小川 朝生 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部室長

おかむら まさこ  
岡村 優子 国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部

おくやま とおる  
奥山 徹 名古屋市立大学病院緩和ケア部副部長

うだ がわまきひこ  
宇田川雅彦 船橋市立医療センター精神科部長



せお 瀬尾	ちあき 千晶	静岡県立静岡がんセンター看護部 / 精神看護専門看護師
うめざわ 梅澤	しの 志乃	国立がんセンター中央病院看護部 / 精神看護専門看護師
やまうち 山内	のりこ 典子	東京女子医科大学看護学部精神看護学助教
ばば 馬場	かなこ 華奈己	岡山大学病院看護部 / リエゾン精神看護師
ふくしま 福島	よしえ 好重	横浜市立市民病院看護部 / リエゾン精神看護専門看護師
いなだ 稲田	しゅうじ 修士	東京大学医学部附属病院心療内科
よしうち 吉内	かずひろ 一浩	東京大学医学部附属病院心療内科准教授
はちづか 八塚	まき 麻紀	東京大学医学部附属病院心療内科
ところ 所	あきひろ 昭宏	国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 心療内科医長
まつだ 松田	よしのぶ 能宣	国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科
あおの 青野	なな 奈々	国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科
きしざわ 岸澤	すすむ 進	グリーンヒルズ若草病院副院長 / 厚生連高岡病院精神腫瘍科非常勤医師
あけら 明智	たつお 龍男	名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野准教授 / 名古屋市立大学病院緩和ケア部部长
しみず 清水	りん 研	国立がんセンター中央病院精神腫瘍科
だん 段	ひろみ 浩美	愛知県がんセンター中央病院看護部 / リエゾン精神看護師
はっとり 服部	きえ 希恵	名古屋第一赤十字病院看護部 / リエゾン精神看護師
かねこ 金子	まりこ 眞理子	東京女子医科大学看護学部准教授

そ ね はらじゅん こ 曾根原純子	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院看護部 / 精神看護専門看護師
こむろりゅうたろう 小室龍太郎	国立病院機構金沢医療センター精神科・ 緩和ケアチーム
のぐち わたる 野口 海	慶應義塾大学大学院政策メディア研究科准教授
まつしま えいすけ 松島 英介	東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野准教授
おかじま よしろう 岡島 美朗	自治医科大学附属病院精神腫瘍部講師
せきもと あすこ 関本 翠子	国立がんセンター東病院緩和ケア病棟看護師長 / がん性疼痛看護認定看護師
きのした ひろや 木下 寛也	国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長
あさいまりこ 浅井真理子	筑波大学大学院人間総合科学研究科心理学専攻
あきづき のぶや 秋月 伸哉	千葉県がんセンター精神腫瘍科部長
みやさか ともみ 宮坂 友美	国立がんセンター東病院看護部
てらだ きみこ 寺田喜美子	国立がんセンター東病院緩和ケア病棟 / 緩和ケア認定看護師
おおにし ひでき 大西 秀樹	埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授
おかむら ひとし 岡村 仁	広島大学大学院保健学研究科 心身機能生活制御科学講座教授
たなか とみ 田中 登美	大阪府立大学看護学部講師 / がん看護専門看護師
はやし まさこ 林 真子	国立がんセンター東病院 患者・家族総合支援センター

# 目次

## I. 総論

心のケアとは	(内富 庸介)	16
--------	---------	----

## II. 心のケアの基本

1. 通常反応・危機介入	(内富 庸介)	30
2. コミュニケーション		44
1) 悪い知らせを伝える	(藤森麻衣子・内富 庸介)	44
2) SHARE (望まれるコミュニケーションとは)	(藤森麻衣子・内富 庸介)	45
3) 担当医とのコミュニケーションを支える	(小早川 誠)	54
4) 家族とのコミュニケーションを支える	(小早川 誠)	59
5) 怒りへの対応	(横尾実乃里・小川 朝生)	63
6) 若い患者への対応	(横尾実乃里・小川 朝生)	67
3. 薬物療法をめぐって	(岡村 優子)	73
4. 緩和ケアチーム	(小川 朝生)	84

## III. 精神症状への対応

1. 不眠		100
◇基本編	(奥山 徹)	100
◇実践のポイント	(奥山 徹)	108
◇事例	(宇田川雅彦)	116
A) 適応障害が背景にある不眠①		116

B) 適応障害が背景にある不眠② .....117

2. せん妄 .....120

◇基本編 .....(小川 朝生) 120

◇実践のポイント～ケア～

1) せん妄の予防 .....140

2) 早期にせん妄を発見するために・

せん妄を見落とさないために .....142

3) 低活動性せん妄を発見するために .....143

4) せん妄の患者にどのように接するのか .....144

5) 家族への教育的介入・説明の仕方 .....146

6) せん妄へのアプローチ①

(疼痛緩和が重なる場合、オピオイドの

調整をめぐって).....148

7) せん妄へのアプローチ②

(身体因子の症状緩和、発熱、呼吸困難、

便秘などへの援助).....149

8) 低活動性せん妄のケア .....150

9) せん妄ケアのゴールは .....151

1～9 (瀬尾 千晶・梅澤 志乃)

10) 興奮する患者への対応・事故の予防 .....151

11) 終末期せん妄の症状緩和 .....153

12) 終末期せん妄への移行とケア .....156

10～12 (山内 典子)

◇実践のポイント～薬物療法～

1) 薬物療法のモニタリングと評価・

有害事象の評価 .....158

2) 薬物療法はどのように進めていくのか・

いつまで続けるのか .....159

3) オピオイドが関連するせん妄の薬物療法 .....160

1～3 (馬場華奈己)

4) 不眠・せん妄時の頓用薬の使い方 .....161

5) 患者が薬を吐き出した場合 .....162