

6) 静脈薬を使った後のモニタリング	163
4～6 (福嶋 好重)	
7) 拒薬への対応	164
8) 服薬支援・服薬指導	166
7, 8 (山内 典子)	

◇事例

A) 化学療法(入院)のせん妄① (感染が原因となったせん妄)(稲田 修士・吉内 一浩)	169
B) 化学療法(入院)のせん妄② (疼痛に重なったせん妄)(八塚 麻紀・吉内 一浩)	172
C) 低活動性せん妄(所 昭宏・松田 能宣・青野 奈々)	177
D) 外来化学療法中のせん妄(所 昭宏・松田 能宣・青野 奈々)	180
E) 進行・緩和ケア移行期のせん妄 (外来でのマネジメント)	(岸澤 進) 185
F) PCUでのせん妄 (ケアと看取り, 終末期せん妄への移行)	(岸澤 進) 187

3. 認知症—————193

◇基本編	(小川 朝生) 193
◇実践のポイント	(小川 朝生) 205
◇事例	(明智 龍男) 211
A) 入院してわかった認知症(せん妄を合併)	211
B) 外来化学療法を受けている認知症	213
C) 意思決定に際して認知障害が問題となった例	215

4. うつ病・適応障害(抑うつ・不安)—————218

◇基本編	(清水 研) 218
------------	------------

◇実践のポイント～ケア～

- 1) アセスメント・うつ病の患者を
どのように見つけ出すか ……………232
- 2) うつ病患者に緩和ケアチームを
どのように紹介するか ……………235
- 3) 患者が緩和ケアチームの介入を
拒否した場合 ……………237
1～3 (段 浩美)
- 4) パニック発作を起こした場合 ……………238
4 (梅澤 志乃)
- 5) うつ病の患者にどのように接し、
ケアしたらよいか ……………240
- 6) 家族にどう説明し、援助を求めるか ……………241
- 7) がん治療中の観察・評価はどのようにするのか ……242
- 8) うつ病患者への生活指導 ……………243
5～8 (段 浩美)
- 9) 身体症状かうつ病かを判断するためには ……………244
- 10) 朝の体調の悪さに対して ……………245
- 11) 家族が散歩・運動を勧める場合には ……………247
9～11 (服部 希恵)
- 12) なぜ自分はいづ病になったのかと
自分を責める患者への対応 ……………248
- 13) 患者が運動にこだわる場合 ……………250
12, 13 (金子真理子)

◇実践のポイント～薬物療法～

- 1) 薬物療法のモニタリング・評価・アセスメント ……252
- 2) 薬効をどのように評価するか ……………253
1, 2 (梅澤 志乃・曾根原純子)
- 3) 薬物療法はいつまで続けるのか ……………254
3 (清水 研)
- 4) 服薬指導①
(抗うつ薬の内服をどのように説明するのか) ……254

5) 服薬指導②	
(抗不安薬の内服をどのように説明するのか) ……	255
6) 服薬指導③	
(睡眠導入薬の内服をどのように説明するのか) ……	257
7) 家族に服薬を説明する ……	258
4～7 (梅澤 志乃・曾根原純子)	
8) 内服できない場合にはどうするのか ……	259
8 (清水 研)	
9) 拒薬への対応 ……	260
10) 意思決定が迫られている時 ……	261
9, 10 (梅澤 志乃・曾根原純子)	
◇事例	
A) 再発告知後のうつ病 ……(小室龍太郎)	262
B) 薬剤性うつ病 ……(小川 朝生)	266
C) 治療選択を迫られた時期に生じたうつ病 ……………(小早川 誠)	270
D) 終末期のうつ病 ……(小早川 誠)	273
5. 自殺・希死念慮……………(明智 龍男)	278
◇基本編 ……	278
◇実践のポイント ……	286
◇事例	
A) 希死念慮の気づき・紹介 ……	292
B) 自殺企図への対応・リスク評価 ……	294
C) スタッフの葛藤 ……	295

IV. 心理・社会的問題へのアプローチ

1. 終末期……………	298
◇基本編……………(野口 海・松島 英介)	298
◇実践のポイント……………(野口 海・松島 英介)	304
◇事例	
A) 実存的苦痛への対応 ……(岡島 美朗)	308

B) 鎮静の適応となった症例…(關本 翌子・木下 寛也)	311
2. 家族ケア	316
◇基本編	(浅井真理子・秋月 伸哉) 316
◇実践のポイント	(木下 寛也) 322
◇事例	
A) 介護疲れの家族①	
(急変・入院付き添い)	
……………(關本 翌子・木下 寛也)	328
B) 介護疲れの家族②	
(在宅・外来場面) その1	
……………(宮坂 友美・木下 寛也)	332
C) 介護疲れの家族②	
(在宅・外来場面) その2	
……………(宮坂 友美・木下 寛也)	334
D) 希死念慮を持つ家族	(關本 翌子・木下 寛也) 336
E) 患者とのコミュニケーションが	
うまくいかず負担になっている家族	
……………(寺田喜美子・木下 寛也)	340
3. 遺族ケア	(大西 秀樹) 344
◇基本編	344
◇実践のポイント	353
◇事例	
A) 荷おろしうつ	357
B) 病的な悲嘆	360
C) 希死念慮を訴える遺族への対応	364
4. 医療スタッフのメンタルヘルス	(岡村 仁) 369
◇事例	(梅澤 志乃) 375
A) 看護師のバーンアウトの事例	375
B) プライマリーチームの陰性感情を扱った事例	379

V. 日常臨床での実践

1. 心のケアの展開例	384
1) テレフォンフォローアップ	(宮坂 友美) 384
2) がん看護専門看護師・がん性疼痛看護 認定看護師の役割	(田中 登美) 387
3) 在宅医療との連携	(林 真子・秋月 伸哉) 393
4) 相談支援センターで行うケア	(林 真子・秋月 伸哉) 398
5) 紹介する精神科医がいない時どうするか	(秋月 伸哉) 401
6) 通院しなくなった患者への対応	(秋月 伸哉) 403
2. リソース	(岡村 仁) 406
索引	410

緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門

定価 5,880 円 (本体 5,600 円 + 税 5%)

2009年12月15日初版発行

監修 日本サイコオンコロジー学会教育委員会

編者 小川 朝生 内富 庸介

発行者 岩見 昌和

発行所 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

TEL 06-6202-7280

〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKiビル

TEL 03-3265-7681

<http://www.iyaku-j.com/>

振替口座 00910-1-33353

乱丁、落丁本はお取りかえいたします。
ISBN978-4-7532-2411-1 C3047 ¥5600E

本書に掲載された著作物の翻訳・複写・転載・データベースへの取り込みおよび送信に関する著作権は、小社が保有します。

・ **JCOPY** <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

小社の全雑誌、書籍の複写は、著作権法上の例外を除き禁じられています。小社の出版物の複写管理は、(社)出版者著作権管理機構 (**JCOPY**) に委託しております。以前に発行された書籍には、「本書の複写に関する許諾権は外部機関に委託しておりません。」あるいは、「(株)日本著作出版権管理システム (**JCLS**) に委託しております。」と記載しておりますが、今後においては、それら旧出版物を含めた全てについて、そのつど事前に(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979) の許諾を得てください。

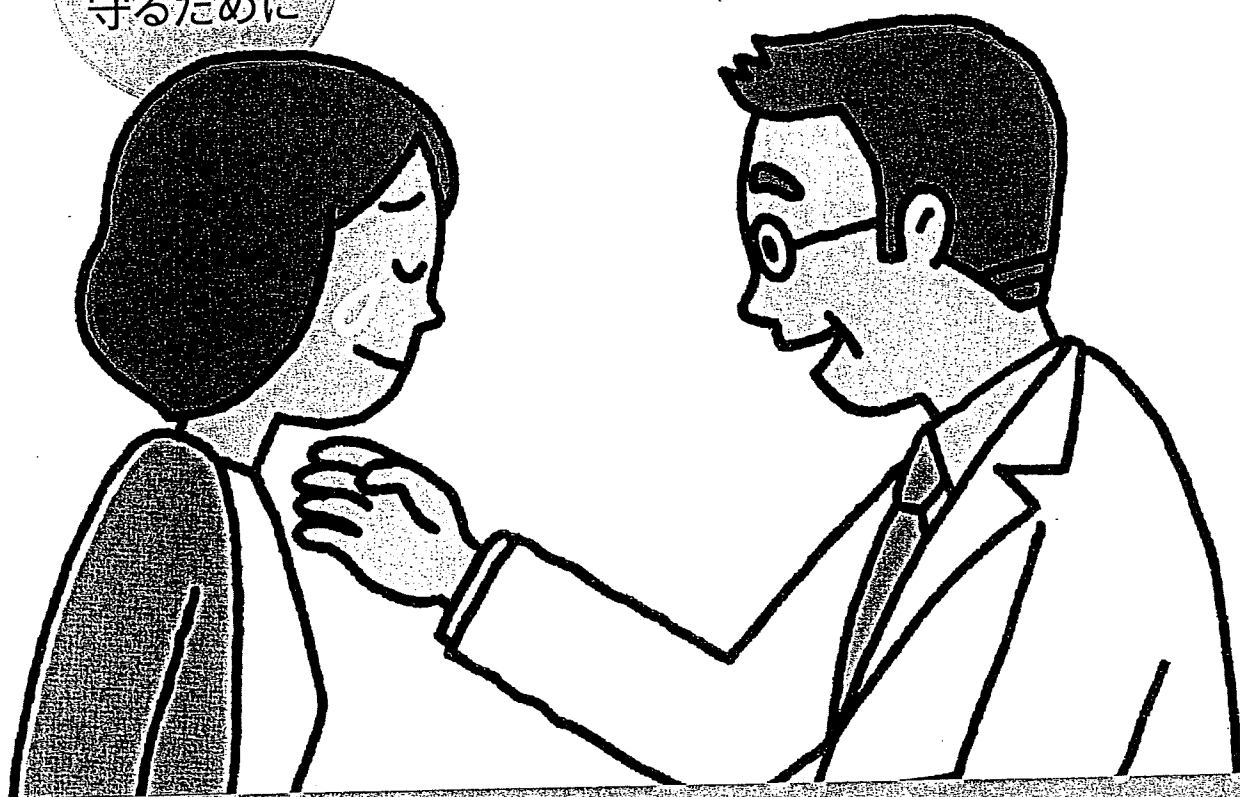
本書の内容については、最新・正確であることを期しておりますが、薬剤の使用等、実際の医療に当たっては、添付文書でのご確認など、十分にご注意をお願い致します。株式会社 医薬ジャーナル社

プライマリ・ケア医による

自殺予防と 危機管理

あなたの
患者を
守るために

[編集] 杉山直也 河西千秋 井出広幸 宮崎 仁



「死にたい」と言われても
うろたえない医師になる!

定価(本体3,500円+税)

南山堂

3

身体疾患に伴ううつ

自殺の原因の一つとして身体疾患が存在することはよく知られており、昔から‘病苦’に耐えかねての自殺などという表現がみられますが、それではどのような身体疾患が、どういった原因で自殺に結びついていくのでしょうか？ここでは、身体疾患と抑うつや自殺に関して概説した後、わが国における致命的な疾患の代表であるがんを取りあげ、がん患者における希死念慮、自殺に関して詳述します。

A. 身体疾患はうつ病のリスクファクター

1) 身体疾患とうつ病、自殺

身体疾患の中でも自殺の危険性を高めることが示唆されている疾患がいくつか存在します。一般人口に比して自殺率が有意に高くなる身体疾患をメタアナリシスで検討した研究結果をまとめたものを表Ⅲ-2に示しました¹⁾。若干古いデータであるため、治療法が進歩した現在におけるAIDSの自殺率については一定の留保が必要ですが、いずれにしても複数の身体疾患で自殺率が高くなることを示しています。上位を占めているのはさほど頻度が高い疾患ではありませんが、一方、胃潰瘍やがんなどの多頻度疾患でも自殺が有意に高くなることが知られています。これを自殺事例からみてみると、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35%を占めていたことが報告されており、絶対数としてはがん患者の自殺

表Ⅲ-2. 自殺の危険が増す身体疾患：メタアナリシス

自殺率が増す身体疾患	一般人口に対する危険率(95%信頼区間)
1. AIDS/HIV	6.65 (5.77 ~ 7.63)
2. 全身性エリテマトーデス	4.35 (2.58 ~ 6.87)
3. 腎疾患(腎移植)	3.83 (1.91 ~ 6.86)
人工透析	14.49 (8.85 ~ 22.38)
4. 脊髄損傷	3.82 (3.29 ~ 4.42)
5. ハンチントン舞蹈病	2.90 (2.25 ~ 3.68)
6. 多発性硬化症	2.36 (1.89 ~ 2.91)
7. 胃潰瘍	2.10 (1.85 ~ 2.38)
8. がん	1.80 (1.71 ~ 1.89)
頭頸部がん	11.39 (5.21 ~ 21.63)

が最も多い可能性が示唆されます²⁾。

それでは、身体疾患患者のどのような要因が結果としての自殺に結びついてくるのでしょうか？ 一般的に、身体疾患と自殺との間には複数の要因（たとえば、男性、高齢、痛みなど）が関与していると想定されていますが、中でも自殺の最大の原因となるのはうつ病や絶望感であることが示唆されています。つまり、身体疾患になることでうつ病や絶望感の頻度が上昇し、その結果として自殺が増加するのです。また自殺した多くの患者がその前に医療機関を訪れていることが知られていることから、身体疾患患者に生じたうつ病などの精神疾患を医療の現場で早期発見し、専門的な治療に結びつけていくことが自殺予防のうえでの一つの重要なキーとなることが容易に理解されるでしょう。

それでは次のがん患者の希死念慮と自殺に関する知見を紹介します。

2) がん患者の抑うつ、希死念慮と自殺

a. わが国における身体疾患としてのがん

がんは1981年にわが国の死亡原因のトップとなり、現在、がんによる死亡者数は年間32万人を超え、総死亡の30%を占めています。また年間50万人以上が新たにがんと診断されています。がん患者の5年生存率が約50%にまで向上するなど、がんに対する新しい治療が飛躍的に進歩している今日においても、がんは致命的疾患の代表であり、がんと診断されること自体が大きなライフイベントになり得ます。実際、がん患者においては高頻度に抑うつ状態が認められることが知られています。本項では、がん患者の抑うつ状態および希死念慮、自殺に関する知見を概観することを通して、身体疾患患者における自殺予防のあり方の一端を考えてみます。

b. 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の有病率は3～10%程度であり、これに、うつ病の予備群ともいえる適応障害を合わせると、抑うつ状態の有病率は、がんの種類、病期を問わず15～40%に上ることが示されています^{3), 4)}。このようにがん患者はうつ病、抑うつ状態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状態の多くが看過されており、その結果、抑うつ状態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現状が存在します⁵⁾。抑うつ状態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と思われませんが、がん医療に携わるスタッフの精神症状に関する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ます。いずれにしても、冒頭で述べたがんの罹患者数を考えれば、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しょう。

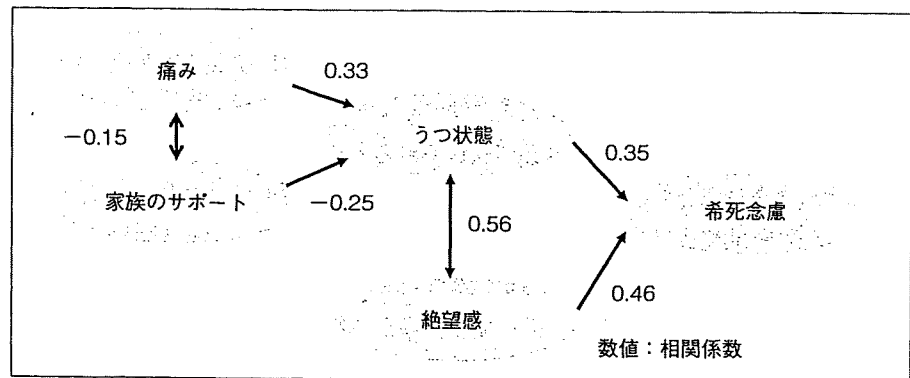
c. がん患者の希死念慮、自殺

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ます^{6, 7)}。そして、その背景には、痛みをはじめとした身体症状、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ます^{6, 7)}。代表的な研究では、痛みや家族からのサポートの乏しさは、うつ状態の原因となることを介して間接的に終末期がん患者の希死念慮に関連していることを示唆しています(図Ⅲ-1)^{7, 8)}。したがって、ほとんどの場合には、「死にたい」という表現の背後には、すくい取られていない何らかの患者ニーズ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、その意味を理解し、実際のケアに結びつけていく必要があります。

次に、がん患者の自殺に関して概観します。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く、がん患者の自殺率は概ね0.2%程度であることを示しています¹⁾。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(典型的には数か月以内)において特に危険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ます¹⁾。

Henrikssonらは、自殺したがん患者60例を対象として心理学的剖検を行い、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という結果を報告しています(表Ⅲ-3)⁹⁾。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、抑うつをはじ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ました¹⁰⁾。



図Ⅲ-1. 終末期がん患者の希死念慮の関連要因

表Ⅲ-3. 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 (%)
大うつ病	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

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ます。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、依存の増大など実存的苦痛ともい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ます。

3) 身体疾患患者の自殺予防の観点から

身体疾患患者の自殺を予防するうえで最も重要なことは、これら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しょう。これまでの知見を総合すると、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、うつ病をはじめとした抑うつ状態の早期発見および早期治療が最も重要であることに異論はないでしょう。そして、前述したように、自殺者の多くがその前に医療機関を受診していることから、わが国の医療システムを念頭におくと、各種身体疾患の専門医、プライマリ・ケア医、そして精神科医の迅速かつ適切な連携にこそ自殺予防の一つのキーがあるのではないのでしょうか。

<文 献>

1. Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73 : 281-96, 1994.
2. Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al : Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 61 : 704, 2007.
3. 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 : 157-65, 2004.
4. 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 : 2609-22, 2001.
5. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 : 1594-600, 1998.
6. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 100 : 183-91, 2004.
7. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al : Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152 : 1185-91, 1995.
8. Chochinov HM, Wilson KG : The euthanasia debate : attitudes, practices and psychiatric considerations. *Can J Psychiatry* 40 : 593-602, 1995.
9. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995.
10. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, et al : Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 22 : 544-53, 2001.

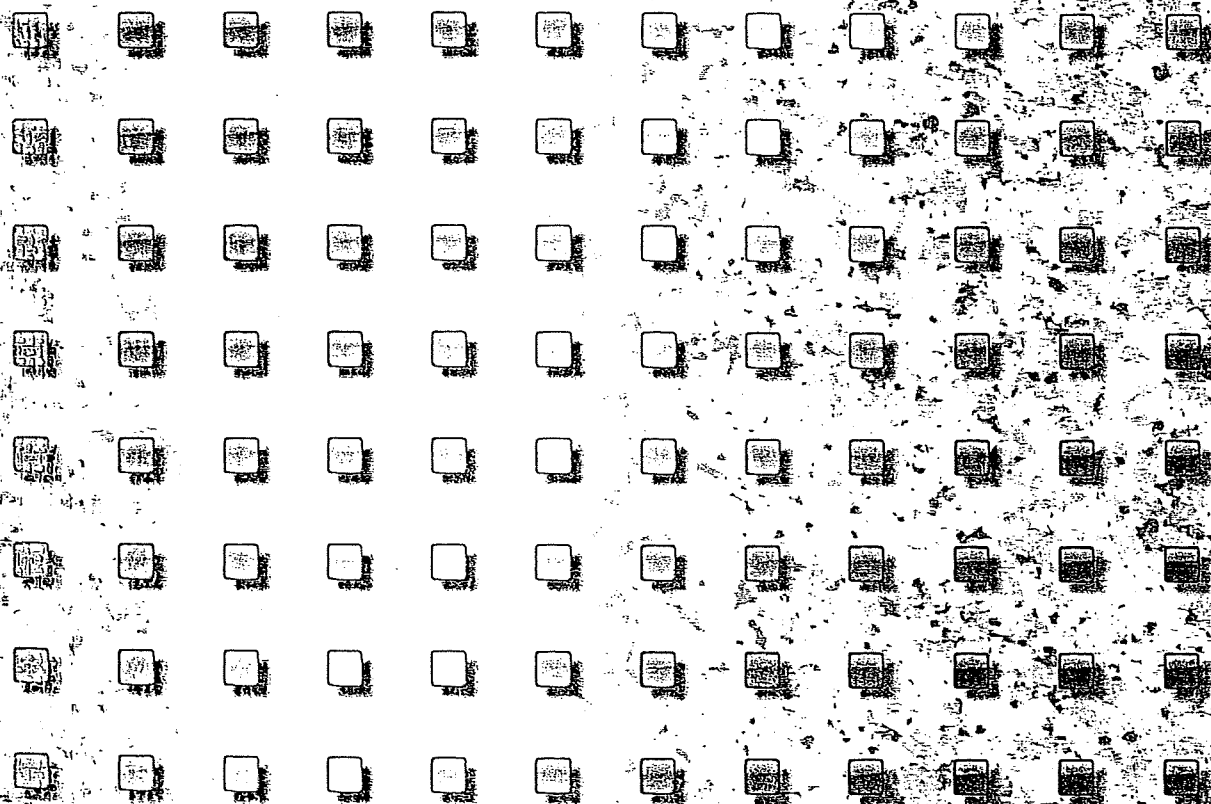
【明智龍男（精神科）】

西條長宏 近畿大学特任教授



西尾和人 近畿大学教授

がん化学療法・ 分子標的治療 update



中外医学社

はじめに—サイコオンコロジー update

がん患者の経験する精神疾患は、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害(ストレス反応性の軽度から中等度の不安、抑うつ状態)、うつ病(重いうつ状態)、およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄(多彩な精神症状を伴う特殊な意識障害)の頻度が高いことが示されている。なかでも、うつ病を代表とする抑うつ状態は患者のQOLに深刻な影響をもたらし、最悪の場合自殺にもつながるため、そのマネジメントは重要である。本項では、サイコオンコロジーの最新の知見として、抑うつ、自殺に関連した情報を中心に紹介する。

1. がん患者の経験する抑うつ

適応障害とうつ病を合わせた抑うつ状態は、がんの種類、病期を問わず、15~25%程度の頻度で認められることがわが国における研究結果から示されている^{1,2)}。このように抑うつ状態はがん患者において頻度が高い一方で、多忙ながん医療の現場では、医師、看護師から看過されやすく、それゆえ適切な治療が提供されていないことが繰り返し報告されている³⁾。

1) 抑うつが与える影響—自殺

抑うつの結果起こる最も悲痛な出来事の一つが自殺である。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⁴⁾。がん患者の自殺率に関して検

討を行った最新の疫学研究⁵⁻⁸⁾を表1にまとめた。すべての研究が、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。データとしては若干古いものになるが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ことから、概ねがん患者の自殺率は2倍弱程度であることが推測される⁹⁾。また、自殺率が高くなる要因を検討した多くの研究で、男性、高齢、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特に危険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知見を与えている。

2) 抑うつのスクリーニング

前述したように、抑うつは、がん医療の現場で看過されやすいことが知られている。したがって、がん患者の抑うつのスクリーニング方法に関心が寄せられている。欧米、特に北米では、“気分の落ち込みが続いているようなことはありませんか?”と患者自身に直接尋ねる方法が、抑うつのスクリーニングに有効であることが報告されているが、日本、イギリスにおいては、本結果は再現されず¹⁰⁾、むしろ簡便な2問から構成される自己記入式の評価法である、「つらさと支障の寒暖計」がスクリーニング方法としてより有用であることが示されている(本法は以下からダウンロード可 http://pod.ncc.go.jp/documents/shiryo_ds_6.pdf)¹¹⁾。また、看護師ががん専門病院に入院中のがん患者に対して簡便な本スクリーニング法を用いて抑うつのスクリーニングを

表 1 がん患者の自殺に関する最近の疫学研究

国	報告年	デザイン	結果	自殺の危険率を高める要因
デンマーク, フィンランド, ノルウェー, スウェーデン, 米国	2006	乳がん患者 72,3810 人のコホート	一般人口に対する危険率 1.37 倍 (95% 信頼区間: 1.28-1.47)	診断時の進行がん
米国*	2007	がん患者 1,316,762 人のコホート	男性の自殺の危険率は女性の 6.2 倍	男: 頭頸部がん, 骨髄腫, 診断直後, 診断時の進行がん, 未婚, 高齢, 白人 女: 診断時の進行がん, 未婚, アフリカ系以外の人種
米国	2008	症例対照研究	自殺を有意に増加させた疾患はがんのみ(オッズ比 2.3 95% 信頼区間: 1.1-4.8)	自殺したがん患者のうち転移性のものが 63%
米国	2008	がん患者 3,594,750 人のコホート	一般人口に対する危険率 1.88 倍 (95% 信頼区間: 1.83-1.93)	男性, 高齢, 白人, 未婚, 診断時の進行がん, 診断から 5 年以内, 肺がん, 胃がん, 頭頸部がん

*本研究は男女差を比較することを主要な目的にしている

うとともに、陽性(カットオフ値以上)であった場合には精神科への受診を勧めるという簡易な介入を行うことで、適応障害、うつ病の患者の早期発見と早期の治療導入が可能であることが示唆されている¹²⁾。一方、本法において、スクリーニング結果が陽性であっても、精神科受診を勧められた患者の約割が実際の受診を拒否しているということからも精神科受診への抵抗感はまだまだ強いことが伺われ、わが国のがん患者が精神的ケアを受けることに伴って抵抗を感じる背景には、精神症状や精神医学治療に対する誤解や知識不足が存在していること示されていることから¹³⁾、がん患者に適切な精神的ケアを行ううえで、がん患者が経験する精神症に関する啓蒙、啓発の必要性が示唆される。

3) 抗がん剤による抑うつ—パクリタキセル

抗がん剤の使用と抑うつ発現の関係を示唆する報告があるが、抗がん剤による薬物誘発性のものなの苦痛を伴う有害事象の発現を原因として生じた抑うつなのかをはじめとして不明な点が多い。既存報告からは、ビンクリスチン、ビンブラスチン、ロカルバジンと抑うつ発現との関連が示唆されて

いるが、実証性の高い報告は乏しく、現時点においては特定の抗がん剤投与が抑うつ発現に関連するかどうかははっきりしていない。実証性の高い報告では、高用量のインターフェロン投与を受ける悪性黒色腫患者に発現する抑うつ予防に対して、選択的セロトニン再取り込み阻害薬であるパロキセチンを投与することでプラセボ群に対して抑うつを有意に低減し、結果的にインターフェロン治療に対するアドヒアランスを有意に改善したという報告がみられる¹⁴⁾。最近の報告では、補助化学療法を受けている乳がん患者(病期Ⅱ/Ⅲ)を対象とした 60 カ月にわたる前向き観察研究から、パクリタキセルを含んだ化学療法を受けた群は、パクリタキセル非投与群に比べて、抑うつ状態や全般的な精神的苦痛の発現頻度が高く、その影響は 24 カ月にわたって続いていたことが報告されている¹⁵⁾。一方、パクリタキセルががん患者の精神症状に与える影響のメカニズムに関しては現時点でははっきりしていない。

4) ホットフラッシュに対する薬物療法

乳がんに対する内分泌療法剤タモキシフェンの有害事象としてホットフラッシュがよく知られている

表 2 抗うつ薬の CYP2D6 阻害作用およびホットフラッシュに対する有効性

抗うつ薬	CYP2D6 阻害作用	ホットフラッシュに対する有効性*
フルオキセチン(本邦未発売) パロキセチン	強い	有効 有効
デユロキセチン(本邦未発売)	中等度	検討されていない
シタロプラム(本邦未発売) エスシタロプラム(本邦未発売) フルボキサミン セルトラリン ベンラファキシン(本邦未発売) ミルナシبران	弱い~なし	有効 検討されていない 検討されていない 有効 有効 検討されていない

*無作為化比較試験で有効性が示されているものを「有効」とした。

が、本有害事象に対してある種の抗うつ薬、なかでも選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)とセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)が有効であることが最近の臨床試験で示されている¹⁶⁻¹⁸⁾。一方、タモキシフェンはプロドラッグであり、CYP2D6によって代謝されて生じる endoxifen が抗腫瘍活性を有していると考えられているが、SSRI や SNRI のなかにはこの endoxifen の代謝を阻害する作用を有するものが存在する。これらを表 2 にまとめたが、現時点においては、タモキシフェンへの代謝の影響を最小限にとどめ、ホットフラッシュや抑うつ治療を行うことを念頭においた場合、わが国で使用可能な抗うつ薬の中ではセルトラリンが推奨されることが示唆される。その他、ホットフラッシュに対しては、抗てんかん薬であるギャバペンチンも有用であることが最近のメタアナリシスによって示されている¹⁹⁾。

5) 抑うつ症状緩和

がん患者の抑うつをはじめとした精神症状緩和に対しての最新の取り組みや興味深い知見を以下に紹介する。

a) 薬物療法

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、抗うつ薬が有用であることが示されている²⁰⁾。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有用性のうえで優るといふエビデンスは存在しないため、一般的には、投

与経路(経口投与が可能か否か)、患者の身体状態(特に現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握)、推定予後(週単位か、月単位か)、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。この薬剤選択に関して、わが国のエキスパートコンセンサスによって作成された薬物療法アルゴリズムを図 1 に示した²¹⁾。薬物療法の実際としては、抗不安薬アルプラゾラムまたは抗うつ薬から治療を開始することが多い。より具体的には、うつ病でも軽症のものや反応性のもものでは、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、SSRI や SNRI から投与することが実際的である。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、状態をみながら漸増していく方法がとられることが多い。本アルゴリズムのがん医療の現場での高い実施可能性が報告されている²¹⁾。

b) 多職種による新たな取組み—コラボレイティブケア

がん患者のうつ病を効率よくマネジメントするストラテジーの一つとして、看護師と精神科医のコラボレイティブケアの有用性が示されている²²⁾。精神症状のスクリーニング後にうつ病と診断されたがん患者を対象に、一定のトレーニングを受けた看護師による 3 カ月間(平均 7 回)の複合的な介入(精神科医のスーパービジョンを受けながら、うつ病の心理

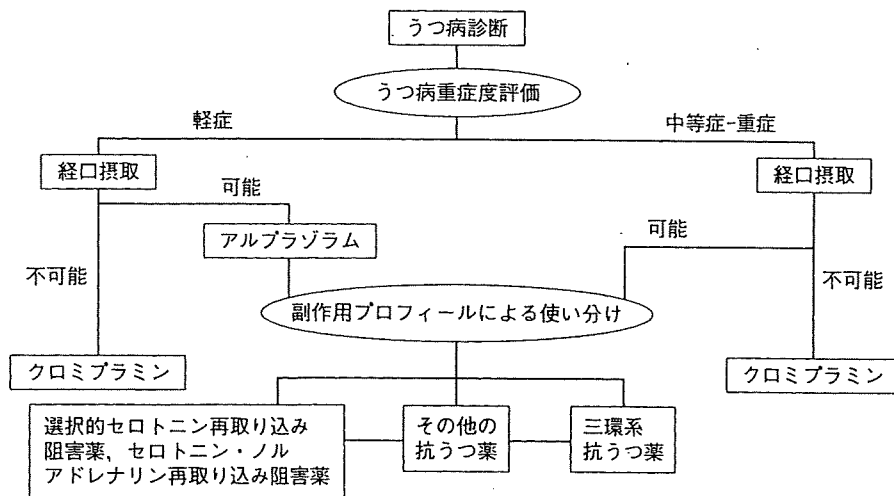


図 1 進行がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズム

教育, 問題解決療法を行うとともに医療者とのコミュニケーションの援助を行うコラボレイティブケア)の有効性を家庭医による通常ケアと比較したイギリスにおける無作為化比較試験の結果, コラボレイティブケアを提供されたがん患者群で, 介入後の抑うつ状態が有意に改善し, その結果は6カ月後, 2カ月後にも維持されていたことが示された。がん患者の精神症状緩和を専門とする精神腫瘍医が絶対的に不足するなか, このようなコラボレイティブケアのモデルは今後わが国においても導入が検討されるべきストラテジーの一つであると考えられる。

c) 看護師による告知後サポート

近年, がん告知後早期からの緩和ケアの提供の必要性が強調されているが, この時期に最も重要なケアの一つは精神的なケアである。一方, 現時点において, 精神的負担を抱えたこの時期のがん患者を援していく標準的な方法は存在せず, 多くの場合, 当医自身が多忙なか, 可能な範囲で現実的なケアを提供しているのが現状である。このような告知のがん患者に対して, コミュニケーションスキルトレーニングを受けた看護師が継続的に精神的ケア提供する介入の有効性が本邦から示されている²⁾。本研究では, がん告知後のがん患者のケアを当する看護師を, SPIKES(米国臨床腫瘍学会のカキュラムになっている悪い知らせを伝えるコミュニケーションスキルのプロトコール)に基づくコ

ミュニケーションスキルトレーニングを受ける看護師群(介入群)と待機対照群に無作為に割り付けた。検診センターでがん告知を受けた患者を, 介入群に割り付けられた看護師と待機対照群に割り付けられた看護師が各々フォローし, 3カ月後の精神症状を比較したところ, 介入群の患者群で有意に精神症状が改善していた。きわめて多忙なわが国における医療の現状や精神腫瘍医の早期からの参加が現実的に困難な医療状況を鑑みると, 看護師が専門的なトレーニングを受けて患者を援助する本介入のようなシステムは, シームレスなケアを提供するうえでの今後の有望なストラテジーとなる可能性を有している。

おわりに

本項では, がん患者の抑うつと自殺を中心に, 最近の話題のなかでもがん臨床に密接に関連する知見を紹介した。わが国では1998年以降, 自殺者が継続して3万人を超えているが, この悲痛な状況の一部を確実にがん患者が占めており, その背景に看過された抑うつが高率に存在していることが推測される。わが国のがん患者の抑うつを見逃すことなく早期の時点から緩和する取り組みは, 広く国民の精神的健康を守る取り組みにもつながるものである。

◎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*. 2004; 22: 1957-65.
- 2) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*. 2000; 61: 131-7.
- 3) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*. 1998; 16: 1594-600.
- 4) Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al. Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 61: 704.
- 5) Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*. 2007; 18: 381-7.
- 6) Miller M, Mogun H, Azrael D, et al. Cancer and the risk of suicide in older americans. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 4720-4.
- 7) Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008; 26: 4731-8.
- 8) 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*. 2006; 98: 1416-9.
- 9) Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*. 1994; 73: 281-96.
- 10) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31: 5-12.
- 11) 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.
- 12) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al. Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer*. 2005; 103: 1949-56.
- 13) 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*. 2008; 38: 653-60.
- 14) Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, et al. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med*. 2001; 344: 961-6.
- 15) Thornton LM, Carson WE 3rd, Shapiro CL, et al. Delayed emotional recovery after taxane-based chemotherapy. *Cancer*. 2008; 113: 638-47.
- 16) Henry NL, Stearns V, Flockhart DA, et al. Drug interactions and pharmacogenomics in the treatment of breast cancer and depression. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 1251-5.
- 17) Kimmick GG, Lovato J, McQuellon R, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study of sertraline (Zoloft) for the treatment of hot flashes in women with early stage breast cancer taking tamoxifen. *Breast J*. 2006; 12: 114-22.
- 18) Stearns V, Beebe KL, Iyengar M, et al. Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003; 289: 2827-34.
- 19) Loprinzi CL, Sloan J, Stearns V, et al. Newer antidepressants and gabapentin for hot flashes: an individual patient pooled analysis. *J Clin Oncol*. 2009. In press.
- 20) Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2006; 94: 372-90.
- 21) 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*. 2007; 17: 154-60.
- 22) Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. 2008; 372: 40-8.
- 23) Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, et al. A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*. 2008; 113: 1462-70.

〈明智龍男〉

精神科治療学 第24巻増刊号(通巻276号)平成21年10月26日発行
平成元年4月10日第三種郵便物認可

ISSN 0912-1862
Seishinka chiriyogaku

精神療法・心理社会療法 ガイドライン

精神科治療学

Vol.24 増刊号

編集:「精神科治療学」編集委員会

第Ⅰ部 総論 (医師-患者関係／転移／倫理的配慮ほか)

第Ⅱ部 各論 (技法の各種／精神障害別／特殊場面の対応)

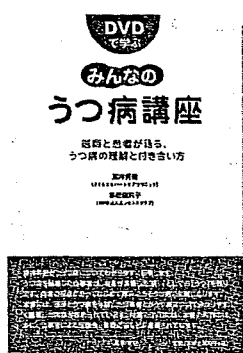
星 和 書 店

<http://www.seiwa-pb.co.jp>

主治医と患者が作成したうつ病の入門DVD

DVDで学ぶ みんなのうつ病講座

医師と患者が語る、うつ病の理解と付き合い方



〔著〕荒井秀樹(さくらまちハートケアクリニック)
赤穂依鈴子(NPO法人エッセンスクラブ)

A5判 並製 120頁 DVD 1枚付き(収録時間:3時間1分)
定価 2,625円(本体2,500円)

主治医と患者が共同作成したうつ病の入門DVD。スライドをもとに、医師がうつ病理解のための基本的知識をわかりやすく解説する。医学的知識のない一般の方にも、うつ病の原因、症状、経過、周囲の対応がよく理解できる内容である。また、現在、TVやイベントで活躍中の当

事者が、自身のうつ病克服体験を講演した。うつ病に対して持たれる、暗く、特別な人がかかる病気というイメージを取り払う、うつ病予防や啓蒙のためにたいへん参考になる内容である。また当事者らの質疑応答も収録。同じ悩みを抱える人の職場や家庭での生の声を紹介する。患者や家族のみならず、一般の職業人や管理職が、うつ病を正しく理解するための最適のDVD教材である。

D
V
D
メ
ニ
ュー

プロローグ

家族心理教育 1 うつ病の原因、症状

家族心理教育 2 うつ病の回復経過、治療

家族心理教育 3 周囲の対応、職場の対応

講演:辛くて苦しかった分幸せになれた人生~うつ病を乗り越えて~

講演:うつ病の理解の仕方 周囲に望むこと~うつ病を体験して~

座談会

エピローグ

星和書店

〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5
URL <http://www.seiwa-pb.co.jp/>

TEL 03-3329-0031
FAX 03-5374-7186

第II部 各論—2. 精神障害別

15) 腫瘍患者

1. スピリチュアル・ケア—①ディグニティセラピー

明智 龍 男*

1. はじめに

がん患者には、高頻度に精神症状が認められることが知られているが、最近、終末期におけるスピリチュアルペイン、実存的苦痛などに関心が寄せられている。スピリチュアルペイン、実存的苦痛という言葉は、緩和ケアの領域で頻繁に使われる言葉ながら、実際には明確な定義があるわけではない。一般的に欧米では、終末期における実存的な苦悩に加え、宗教的な苦痛を包含する意味で用いられることが多い。一方、わが国では、宗教的な苦痛は少ないことが知られており²⁾、現在では「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義されることが多い³⁾。最近、これらスピリチュアルペイン、実存的苦痛などを和らげるための治療的介入方法の開発への取り組みがなされるようになってきているが、その取り組みの一つとしてディグニティセラピーという新たな介入法の概略を紹介する。

2. 終末期がん患者の実存的苦痛に対してのディグニティセラピー

ディグニティセラピーは終末期患者の経験する実存的苦痛を改善するための簡便な介入法としてカナダで開発され、高い実施可能性や有用性が報告されている介入法である⁴⁾。ディ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基づき面接が行われ、「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

的記録の中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行われた後に、患者との共同作業にて編集が行われ、「生成継承性文書 (generativity document)」（「generativity」は、1950年代に精神分析家のエリクソンが、「生み出す generate」と「世代 generation」という二つの言葉を掛け合わせて作った造語であり、元々「次世代を確立させ、導くことへの関心」と定義されている概念である）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、実際の介入はインタビュー1回と共同作業による文書の最終的な編集1回の計2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、厚生労働省の科学研究費補助金による「がん患者に対するリエゾン的介入や認知行動療法的アプローチ等の精神医学的介入の有用性に関する研究」班により、本介入法の実施可能性および終末期がん患者の精神的苦悩に対する有用性を検討するための多施設共同臨床試験が始まっており、現在症例集積中である。なお、ディグニティセラピー (dignity therapy) という名称に対する適切な邦訳がなかったため、研究班で話し合いを行った結果、原語をそのまま日本語標記するとともに、内容を表す副題をつけ、「ディグニティセラピー：あなたの大切なものを大切なひとに伝えるプログラム」と呼称することになった。現時点における予備的な試行経験からは、終末期には、意識的、無意識的に死を否認し

*名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学
〔〒467-8601 愛知県名古屋瑞穂区瑞穂町字川澄1〕
Tatsuo Akechi, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medicine. 1, Kawasumi, Mizuho-cho, Mizuho-ku, Nagoya-shi, Aichi, 467-8601 Japan.