

ている患者が多いため、本介入に関しては、適応症例を慎重に選択する必要があることが示唆されている。

### 3. ディグニティセラピーの実際

#### —ケースの紹介—

それではディグニティセラピーの実際を紹介する。これは前述した厚生労働省の科学研究費補助金による研究班において筆者の共同研究者であった愛知県がんセンター中央病院精神腫瘍診療科の小森康永先生が実施されたケース（肺がん、50代、女性）であるが、小森先生のご厚意でここに最終的に作成された生成継承性文書の一部を紹介させていただく（詳細は愛知県がんセンターのホームページで閲覧可能。<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/200/235/index.html>）。

「私の人生について一番憶えているのは、結婚して家族を持ったことです。一番生き生きしていたのは、夢中で子育てしていた頃かな。夫のお給料の中でやりくりして、子どもをしっかり育てて、というか、しっかりでなくても、心に弾力があるような子どもに育ててほしかった。結局、経済的にはある程度決まっているので、私たちがやれる中で精一杯やったら、それでいいと思っていました。貧乏じゃないけど、うちはうちって、夫と私は考え方が合っていたから、幸せでした。今も、幸せです。うちは、息子が高校の時から寮生活をしているから、それまでの15年くらい。ちゃんとというかな、そうじゃなくても、きちんと分別のある青少年になってくれるのを望んでいました。

（中略）

私自身について家族に憶えておいてほしいことは、息子も娘も夫も、私がクリスチャンだから、【僕たち、私たちは違うけど、お母さんはクリスチャンで良かったねって】。私は主を信じて、いつも祈っているから、私自身は、人生の憶えておくべきエピソードもいろいろあります。時間を特別持つわけじゃないけど、これは祈ってって感じ。聖書でってというのが大きかった。がんになったときも、それを、私だから良かった。私だから、大きいプレゼントだって考えられたということもありますね。そのことを忘れずにいてほしい。

（家族としての役割、職業上の役割、そして地域での役割などで）私が人生において果たした役割のうち最も大切なものは、何でしょうと訊かれました。私は、幸せだなって思うのは、今でも気もちのピタッと合うような友だちがいるということかな？何か役割を引き受ける時でも、助けてもらう感じ、自分が全部やるというわけではなくて、【もう助けてね】という感じだとすると、うまくいったの。家族や周りの人たちにお世話になることが多かった。自分が元気なときは一生懸命するけど、自分がこうしたからって、その人に返してもらわなくても、別のところから返ってくるでしょ？

家族の中での役割というのは、最大かどうかは分からないけれど、精一杯しました。あなたはあなた、私は私ってところもあるから。私が嬉しかったのは、息子が寮生活していて、彼に何かしてあげられるかって考えたら、絵はがきを書くことくらいで、どうということはないけれど、でもしょっちゅう書いていたのね、そしたら息子が、もう高校生で【ええー!?】っていう感じで思っているだろうに、寮では郵便が来るとこう横に並べるんですって、そしたら、その不良じゃないけど、そんな感じの子が【いいなあ、おまえんちは】って言ったんですって。【うちなんか、サラリーマンだし、あんな金持ちの学校へ入ったから、本当は分不相応なんだけど、友だちが“お前はいいな”って言って、渡してくれた】って。

（中略）

愛する人たちに言うておかなければならないと未だに感じていることとか、もう一度言うておきたいことは、そうね、夫は、まだ62歳だから、彼は彼なりに生活してほしいということ。子どもたちはふたりともシングルだけど、まあ、元気にやっただけいいってことだけかな。

愛する人たちに対する希望や夢は、淡々と生活してほしいということ。私の場合は、肺がんが転移して、やっぱり、あなたたちは、自分のことは自分で考えてやってほしいということですね。マンションは、夫が好きなようにリフォームして、自分の好きなように住んだらいいって感じですね。私も、そこをああしてこうしてといろいろ考えた

んだけど、まあいいかって。夫は好きなように、まあ心機一転切り替えてというのを望みます。リフォームしてさっぱりと綺麗にして住んでほしいというのがあります。お勘定のことは知らないけど(笑い)。

私が人生から学んだことで、他の人たちに伝えておきたいことは、やっぱり、これです。『いつも喜んでいなさい。絶えず祈りなさい。すべてのことについて感謝しなさい。これがキリスト、イエスにあって、創造主があなたに望んでいることです』(第一テサロニテ 5:16-18)。命を作ってくれた天のおとう様、創造主です。

将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉は、このノート。終末期医療っていうので、抗がん剤も放射線も延命治療だからいいけど、人工呼吸器みたいな延命措置はいやです。

最後に、先生が『この永久記録を作るにあたって、含めておきたいものが他にありますか?』と訊いてくれたので、私は、『今、思いつかない』って答えたんだけど、すぐひとつだけ、思い出したことがありました。夫の35周年リフレッシュタイムで家族4人で海外に旅行に行ったこと。今回も今年、最後だからとオーストラリアに行くとなったとき、息子と娘はふたりとも無理して来てくれたのを、感謝しています。だって、普通いやじゃないですか。来ないでしょう?でも、来てくれたことがすごく良かったなあ!!!これ、最後に言って、先生に指摘されたんだけど、これって、私の感謝なんだね。こう言って、最後を締めくく

ることができて、とても嬉しかった』

#### 4. おわりに

がんを経験するということは、身体に与える影響のみならず、患者の生活、役割、自尊心、家族など多岐にわたって、患者に大きな影響を及ぼす。中でも、治癒が望めない進行・終末期のがんに罹患した患者は、病状の進行に伴い、様々な身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人達との別れ、やり残した仕事など多くの課題に対処していかなければならない。近年、終末期がん患者の実存的苦痛の緩和に関心が集まっているが、本稿では、それに対する一つの介入法として期待されているディグニティセラピーについて紹介した。

#### 文 献

- 1) Chochinov, H.M., 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.
- 2) Morita, T., Kawa, M., Honke, Y. et al.: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support. Care Cancer*, 12; 137-140, 2004.
- 3) Murata, H. and Morita, T.: Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat. Support. Care*, 4; 279-285, 2006.

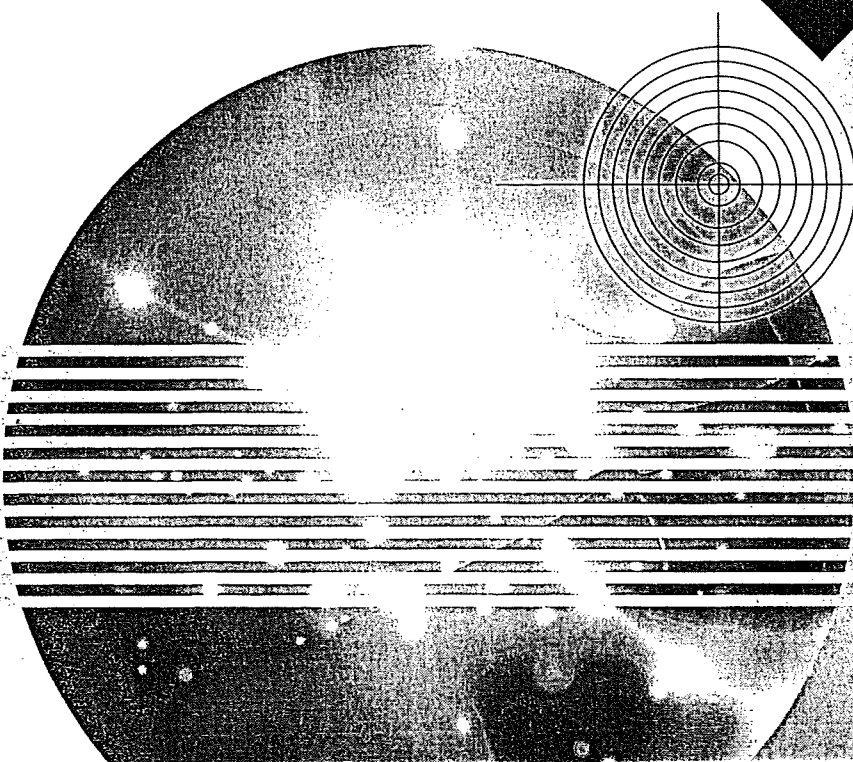
# 新臨床腫瘍学

がん薬物療法専門医のために

日本臨床腫瘍学会

【編集】

改訂  
第2版



がんの“今”をこの1冊に!  
充実したがん薬物療法のスタンダード  
大幅改訂出来!

南江堂

## 1 サイコオンコロジー

### 1. がん患者の心理的反応—通常反応

生命に脅威を及ぼすがんに罹患することは、患者に大きな精神的負担をもたらす。これらのストレスに対する患者の一般的な情緒的反応・適応の過程は、①初期反応、②不安・抑うつ、③適応、という3相に分けられる。がんの診断病名の説明(告知)を例にとると、がんであることを知った患者は、まず非常に強い衝撃を受ける。このときのエピソードを、頭が真っ白になった、と振り返る患者も多い。その後、不安、抑うつ、不眠などが出現し、一時的には日常生活に支障が生じるようになることもまれではない。しかし、次第に現実的な適応の努力が始まり、2週間程度でこのような症状も軽減していくことが多い。一方で、一部の患者はこのような適応をうまく行うことができず、専門的介入が望まれる精神症状を抱えることになる。精神症状として最も頻度の高いものが、不安と抑うつであるが、治療を必要とするレベルの不安、抑うつの多くは後述する適応障害とうつ病に相当する。

### 2. がん患者の精神症状—適応障害、うつ病、せん妄

米国で行われた、ランダムに抽出された診断病名の説明を受けたがん患者を対象にした研究では、47%のがん患者が何らかの精神医学的診断基準を満たし、そのうち最も多く認められたものは適応

障害(32%)で、うつ病(6%)とせん妄(4%)がそれに続いていたことが示されている。一方、緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者を対象として精神症状の有病率を検討した研究では、対象の54%に精神医学的診断が認められ、最も頻度の高かった診断はせん妄(28%)であり、それに適応障害(8%)、うつ病(3%)が続いていたことが示された。これらの報告から、がんの病期にかかわらず臨牀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、終末期にはせん妄の割合が増加することが示唆される。

### 3. 適応障害

#### a) 適応障害の診断

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程度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)。

#### b) 治療

適応障害の治療においては、とりわけ担当医療スタッフとの良好な関係および信頼関係を基礎とした、支持的なコミュニケーションが不可欠である。この支持的なコミュニケーションでは、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、傾聴、共感することが基本となる。また、患者自身の対処能力を強化するために、具体的なアドバイスを行うことが有用なこともある。これらには、体を動かすなど少しでも病気を

表1 適応障害の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
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	がんの診断を受けてから、気分が沈み、些細なことでも涙が出てしまい、夜も眠れない状態が持続している。
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超えた苦痛 (2) 社会的または職業的機能の著しい障害	最近では床に臥せていることが多く、食事の準備など家事をすることにも支障がある。近所付き合いも避けるようになった。
ストレス関連性障害は他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	うつ病など他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

表2 がん患者に頻用される向精神薬

薬物	初回投与量 (mg/day)	臨床用量 (mg/day)	鎮静作用	抗コリン作用	悪心・嘔吐	代謝
<b>抗不安薬</b>						
alprazolam	0.4~1.2	0.8~2.4	+	-	-	CYP3A4
etizolam	0.5~1.5	1.0~3.0	+	-	-	CYP2C9, 3A4
lorazepam	0.5~1.5	1.0~3.0	+	-	-	グルクロン酸抱合
<b>抗うつ薬</b>						
・三環系						
clomipramine	10~25	30~150	++	++	±	CYP2D6など
amitriptyline	10~25	30~150	+++	+++	±	CYP2D6
・四環系						
mianserin	10~30	30~60	+++	+	±	CYP2D6
・その他						
trazodone	25~50	75~200	++	±	+	CYP2D6など
・選択的セロトニン再取り込み阻害薬						
fluvoxamine <sup>2)</sup>	25~50	50~150	±	±	++	CYP2D6
paroxetine <sup>3)</sup>	10~20	20~40	±	±	++	CYP2D6
sertraline	25~50	50~100	±	±	++	CYP2C19など
・セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬						
milnacipran <sup>4)</sup>	30~50	60~100	±	+	++	グルクロン酸抱合

<sup>1)</sup> 代謝: 代表的な薬物代謝酵素であるチトクロームP450の代謝基質となり得るものの中で、比較的基質特異性が高いもののみを示している。

<sup>2)</sup> fluvoxamineは、CYP1A2 (とくに強い)、CYP2C19、CYP2D6、CYP3A4を阻害するため、同酵素で代謝される薬物の血中濃度を上昇させる。

<sup>3)</sup> paroxetineは、CYP2D6で代謝されるが、そのCYP2D6による代謝に飽和が生じ、CYP2D6で代謝される薬物の血中濃度を上昇させる危険がある。

<sup>4)</sup> milnacipranは、チトクロームP450系によって代謝されず、直接グルクロン酸抱合を受けることから、他の薬物との相互作用に及ぼす影響は少ないというメリットがある。

忘れる時間を持つこと、毎日の生活の中で達成可能な小さな目標を立て、1つずつ積み上げていくこと、問題点を紙に書き出して整理してみることで、自分にとって今最も重要なことは何かを考えること、自分の気持ちを書き出してみることで、家族や信頼できる友人につらい気持ちを打ち明けてみることで、先輩患者と話したり患者会に参加して

他の患者の対処方法を参考にすること、過去のつらい時期に自分がとった有効な対処方法を思い起こして実践すること、などが含まれる。ただし、こういったアドバイスを行う際には、つらい気持ちを経験せざるを得ない状況に対しての有効な対処方法は個人差が大きいので、様々な方法を試しながら自分に合った方法を探していくことが重要

表3 うつ病の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	
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、憂うつだ、落ち込む。
2. 興味・喜びの減退	何をしてもつまらない、興味が持てない。
3. 食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲がでない、何を食べてもおいしくない。
4. 不眠(過眠)	夜眠れない。
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身体が動かない。
6. 易疲労性・気力減退	疲れやすい、だるい、気力がでない。
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感じる。
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、または他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	

であることを併せて伝えるとよい。さらに、患者の援助を担ってもらうために、次のような説明を家族に行くとよい場合もある。適応障害は多くのがん患者が経験するものであること、患者はすでに精いっぱい頑張っているのだから安易に「頑張れ」と言わないこと、家族がそばにいると感ずることができるだけで患者にとっては大きな心の支えになること、ほとんどの場合何か特別な言葉言う必要があるわけではなく、ただ話を聴くだけで十分であること。

薬物療法は、上記の支持的な関わりや患者、家族へのアドバイス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。がん患者は比較的高齢者が多いので、半減期の短い抗不安薬(alprazolam, lorazepamなど)から投与されることが多い(表2)。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。

#### 4. うつ病

##### a) うつ病の診断と臨床的な危険因子

うつ病をはじめ、いわゆる抑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。目立たない半面、抑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、一般人口のみならずがん患者においても自殺の最大の原因であることが示唆されている。

表3にうつ病の診断基準を示した。操作的には、日常生活や社会生活上の問題となる抑うつ気分、または興味・喜びの低下の存在が必須症状であり、5項目以上の症状が2週間以上継続した場合に診断される。

がんの臨床経過において、うつ病や適応障害をはじめとしたケアや治療が望まれる不安や抑うつ状態を呈しやすい危険因子として、若年者(がん患者はもともと高齢者が多いので相対的な若年者という意味)、独居、進行がん、痛み、身体的機能の低下、うつ病の既往、神経質な性格傾向、周囲からの乏しい援助などが知られている。これらの中でも、コントロールされていない痛みの存在はうつ病の最大の原因の1つであり、このような場合には適切な除痛が優先する。

##### b) 治療

うつ病に対しては支持的なコミュニケーション(前項 848 頁参照)や精神療法に加えて薬物療法も併用されることが多い。以下、薬物療法について、概説する。

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ランダム化比較試験により示されてい

表4 せん妄の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中, 維持, 転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下).	質問に対して集中できない. 前の質問に対して同じ答えをする. 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうとしてしまう.
認知の変化 (記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など), またはすでに先行し, 確定され, または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現.	最近の記憶が曖昧である. 新しいことをすぐに忘れてしまう. 時間と場所に関する見当識を失っている. 錯覚 (壁のシミをみて「虫がいる」という), 幻覚 (人がいない場所に「人がいる」という)の存在. しばしば, 幻覚を現実のものとして確信し, 不安・興奮の原因となる.
その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間から数日), 1日のうちで変動する傾向がある.	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には点滴を抜いたり, ベッドから頻回に下りようとしたりする.
病歴, 身体診察, 臨床検査所見から, その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある.	背景に原因となる身体状態や薬剤の使用などがある.

表5 がん患者のせん妄の原因

原因	例
腫瘍による直接効果	脳転移, 髄膜播種
臓器不全による代謝性脳症	肝臓, 腎臓, 肺などの障害
電解質異常	高カルシウム血症, 低ナトリウム血症
治療の副作用	手術, 薬物療法, 放射線療法
薬剤性	オピオイド類, 抗うつ薬, 抗不安薬, 睡眠薬, 抗コリン性薬剤, ステロイド
感染症	肺炎, 敗血症
血液学的異常	貧血
栄養障害	全身性栄養障害 (低蛋白血症)
腫瘍随伴症候群	遠隔効果, ホルモン産性腫瘍

る。しかし、実際の薬物投与に際しては、がん患者は比較的高齢でがんに伴う様々な身体症状を有していることが多いため、特別な配慮を必要とする。一般的には、無用な身体的負荷を避けるために有害事象のプロフィールをもとに薬物選択が行われることが多いが、最近の抗うつ薬の有効性におけるメタアナリシスの結果からは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) である sertraline が第一選択になり得る (表2)。留意しておくことが望まれる有害事象の例として、三環系抗うつ薬による抗コリン性症状、SSRI による悪心・嘔吐、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) 使用時における悪心・嘔吐や排尿障害 (とくに前立腺肥大を有する男性患者) などがあげられる。また最近の研究で、SSRI の1つである paroxetine は、乳がんに対する内分泌療法として広く使

用されている tamoxifen の代謝を阻害することにより抗腫瘍活性に影響を与える可能性が示唆されたため、両薬剤の併用は慎重に行う必要がある。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。また、抗うつ薬には、効果発現に2~4週間を要し有害事象が効果に先行して出現することが多いといった特徴があるので、もともと何らかの身体症状を有していることが多いがん患者の治療にあたっては、いたずらな不安を抱かせぬよう患者に十分に説明したうえで用いる。

## 5. せん妄

### a) せん妄の診断と臨床的な危険因子

せん妄は、軽度から中等度の意識混濁に、幻覚、妄想、興奮などの様々な精神症状を伴う特殊な意識障害であり、がんに関連して発現してくるストレス疾患としての適応障害やうつ病などとはまったく異なるタイプの精神症状であることを理解しておく必要がある。せん妄は、患者自身にとって苦痛な症状であるのみならず、危険行動による事故、家族とのコミュニケーションの障害、治療選択などに関する患者の意思決定の障害、医療スタッフの疲弊、入院の長期化などの問題と関連することが示されている。

表4にせん妄の診断基準を示した。せん妄の典型例では、落ち着きのなさ、焦燥感、睡眠障害などの前駆症状に続き、注意集中力困難、精神運動性の変化(興奮など)、知覚障害(錯覚、幻覚など)、見当識障害など様々な精神症状が出現することが多い。これらの症状は数時間から数日のうちに比較的急性に発症し、日内変動(とくに夜間に症状が増悪)がみられるという特徴を有する。

がん患者におけるせん妄の原因としては、中枢神経系に対する直接的な原因(脳転移など)と、間接的な原因(代謝性脳症、電解質異常、薬剤の有害事象など)があり、一般的には後者によるものが多い(表5)。進行・終末期にせん妄が発現したがん患者を対象とした検討では、頻度の高い原因は、オピオイドなどの薬剤性、肝・腎機能障害などであり、可逆性が高いものは、オピオイドをはじめとした薬剤性、高カルシウム血症などであったと報告されている。

### b) 治療

#### (1) 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は原因に対する治療である。終末期にせん妄が生じた場合は、原因となっている要因が治療可能であるか、また想定された治療が行われた場合の利益と不利益(有害事象や治療に伴う負担など)のバランスを医療チームで総合的に評価することが重要である。なお、死亡前24~48

時間に出現するものでは不可逆性であることが多い。

#### (2) 環境的・支持的介入

これら介入の具体例としては、周囲のオリエンテーションがつくよう夜間も薄明かりをつける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置くなどがあげられる。また、家族や慣れ親しんだ医療スタッフとの接触を頻回にすることで安心感を与えることも有用である。拘束感を与える点滴ライン、導尿カテーテルなども可能な範囲で控えることが望ましい。せん妄は、ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもあるため、患者の身の回りからの危険物の除去、頻回の訪床など安全性を確保することも必要となる。

#### (3) 薬物療法

実際的には、対症療法として薬物療法が併用されることが多い。せん妄の薬物療法の有用性に関するランダム化比較試験の結果、ベンゾジアゼピン系薬剤に比べ、haloperidolあるいはchlorpromazineといった抗精神病薬のほうがせん妄の治療には効果的であること、および現時点において抗精神病薬の中で特定の薬物が勝るとい根拠はないことが示されている。したがって、薬物療法の中心は、原則的には抗精神病薬であり、実地臨床においては、haloperidolが最もよく使用されている。治療初期には、少量(たとえば、注射剤でharoperidol 1/4~1/2A程度から)を複数回投与(効果が不十分である場合は30~60分ごとに追加投与)することにより、必要最小量を推定し翌日からの投与量の参考にすると、過量投与の予防にもつながる。その他、chlorpromazine, risperidone, quetiapineなども用いられる(表6)。薬剤は、せん妄症状の改善後数日程度維持し、その後投与量を1/2~1/3程度に漸減していき中止する。

抗精神病薬に共通の有害事象として、ドパミン受容体遮断作用による錐体外路症状であるパーキンソン症候群、アカシジア(静座不能症)、急性ジストニアなどがみられることがある。また、致命的な不整脈であるtorsade de pointesを起こすこともあるので、投与前には心電図を確認しておく必要がある。

緊急の鎮静が必要な場合や抗精神病薬のみでは



表6 がん患者に常用される抗精神病薬

薬物	投与可能経路	初回投与量 (mg/回)	臨床用量 (mg/day)	半減期 (時間)	鎮静作用	抗コリン作用	血圧低下	錐体外路症状	代謝*
定型抗精神病薬									
haloperidol	経口, 筋肉内, 静脈内	0.75~2.5	0.75~10	10~24	+	+	+	+++	CYP2D6, 3A4
chlorpromazine	経口, 筋肉内	10~25	10~50	10~59	+++	+++	+++	+	CYP2D6
非定型抗精神病薬									
risperidone <sup>1)</sup>	経口	0.5~1.0	0.5~4.0	4~15	+	+	+	++	CYP2D6
quetiapine	経口	12.5~25	25~100	3~6	+++	±	+	±~+	CYP3A4
olanzapine <sup>2)</sup>	経口	2.5~5.0	2.5~10	21~54	+++	+	+	+	CYP1A2, 2D6

代謝はいずれも肝臓で行われ, chlorpromazineとrisperidoneには活性代謝産物がある。

<sup>1)</sup> risperidoneは腎排泄のため腎機能障害時には使用注。

<sup>2)</sup> olanzapineは高血糖になることあるのでとくにステロイド併用時には注意が必要。

表7 がん患者に頻用される睡眠薬

薬物	臨床用量 (mg)	半減期 (時間)	特徴
超短時間作用型			
zolpidem	5~10	1.5~5	ふらつき少
zopiclone	7.5~10	4~6	ふらつき少, 苦味
midazolam	開始量0.2~1mg/hr 投与量20~40mg/day	2~3 (筋注時)	終末期鎮静に対して使用
短時間作用型			
brotizolam	0.25	7	口腔内崩壊錠あり
lorametzepam	1~2	10	肝臓への負担が少ない
中間作用型			
flunitrazepam	1~2	15	点滴用剤あり
estazolam	1~2	18~30	持ち越し効果に注意
nitrazepam	5~10	16~18	抗痙攣作用

症状のコントロールが不十分な場合には、夜間の睡眠確保の目的にてベンゾジアゼピン系薬剤 (midazolam, flunitrazepam) が併用されることもある(表7)。とくに、死亡前数日で生じる不可逆性のせん妄の場合、抗精神病薬のみでのコントロールは難しいことも多く、その場合 midazolam の併用が頻用されるが、これは実質的な鎮静になるため、その適応を考慮する際には治療目標に関して家族や医療スタッフとの十分な話し合いを行うことが不可欠である。

※参考文献

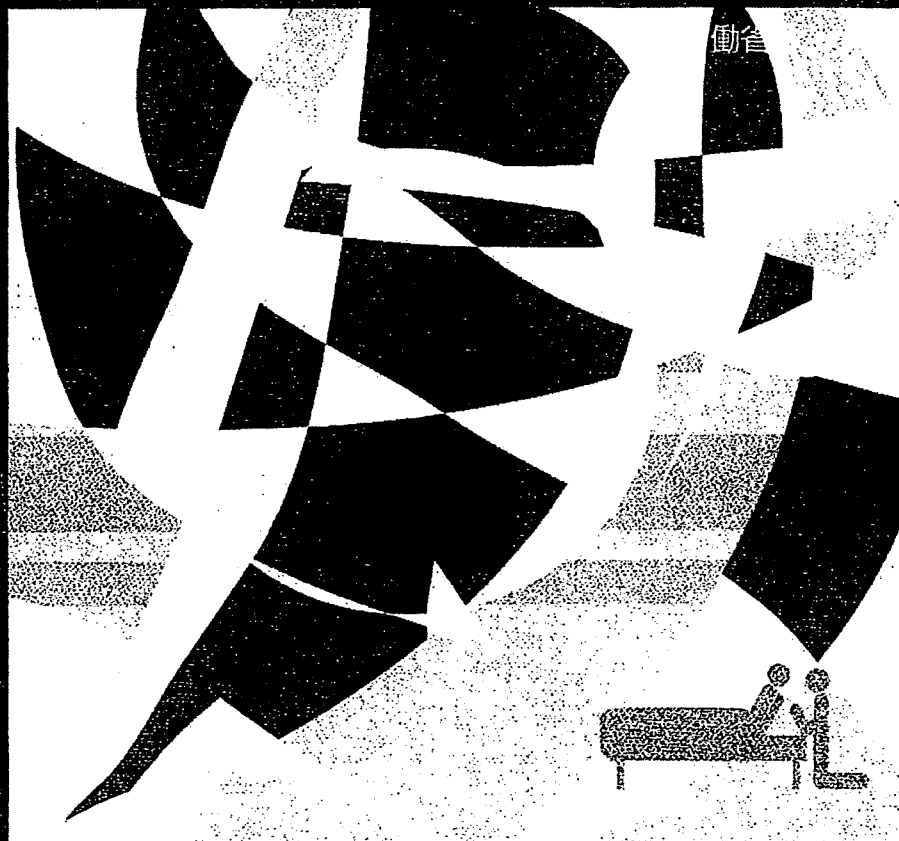
- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249 : 751-757, 1983
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. Cancer 78 : 1131-1137, 1996

- 3) American Psychiatric Association : Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry 156 : 1-20, 1999
- 4) Uchitomi Y : Psycho-oncology in Japan : history, current problems and future aspect. Jpn J Clin Oncol 29 : 411-412, 1999
- 5) Block SD : Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 132 : 209-218, 2000
- 6) 高橋三郎・大野 裕・柴谷俊幸(訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版 医学書院, 東京, 2004
- 7) Williams S, Dale J : The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer : a systematic review. Br J Cancer 94 : 372-390, 2006
- 8) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al : Comparative efficacy and acceptability of 19 new-generation antidepressants : a multiple treatments meta-analysis. Lancet : 2009 (online)

# PSYCHO ONCOLOGY 精神腫瘍学 クイックリファレンス

監修 財団法人医療研修推進財団  
協力 日本総合病院精神医学会  
精神腫瘍学クイックリファレンス作成検討委員会

小川朝生・内富庸介 [編集]  
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



創造出版

# ASOTOTOLOGY WITH NEW WHAT'S

## がん治療エッセンシャルガイド

[編集]

- 佐藤隆美 トーマス・ジェファーソン大学腫瘍内科 教授  
藤原康弘 国立がんセンター中央病院臨床試験・治療開発部 部長  
古瀬純司 杏林大学医学部腫瘍内科 教授  
大山 優 亀田総合病院腫瘍内科 部長

# What's New in Oncology

3) 高齢者における抗がん剤の投与量調節	46
4) 高齢がん患者における高齢者総合的機能評価 (CGA)	47
6. Oncologic Emergency と全身管理 [大山 優]	50
1) 腫瘍による脊髄圧迫	50
2) 上大静脈症候群	54
3) 腫瘍崩壊症候群	55
4) 高Ca血症	56
5) SIADH (ADH不適合分泌症候群)	58
6) 全身管理	59
7. がん治療に必要な支持療法 [石黒 洋, 佐々木陽彦, 宮本哲也, 三沢あき子, 西村賢文, 岸田祐介, 上野貴之, 金井雅史, 吉川清次, 北野俊行, 柳原一広]	63
1. がん治療における有害事象対策	63
1) がん患者に発症しやすい感染症の予防と対策	63
2) 抗がん剤による悪心・嘔吐の予防と対策	69
3) 血管外漏出の予防と対策	73
4) 静脈カテーテル・ポートの管理	75
2. がんの合併症の管理	79
1) がん疼痛の管理	79
2) 骨転移の治療とその有害事象対策	85
3) 食欲不振と悪液質の管理	89
4) 疲労の管理	91
5) 血栓症の予防と対策	94
8. サイコオンコロジー [藤森麻衣子, 小川朝生, 内富庸介]	105
1) サイコオンコロジーとは	105
2) 緩和ケアにおけるサイコオンコロジー	105
3) コミュニケーション	106
4) がん患者の心理的苦痛	107
9. 遺伝カウンセリング [菅野康吉]	112
1) 遺伝カウンセリングとは	112
2) 遺伝性腫瘍の原因遺伝子	112
3) がんの遺伝カウンセリングの実際	112
4) 遺伝性腫瘍の遺伝子検査	117

## 1 サイコオンコロジーとは

Psycho-Oncology (サイコオンコロジー：精神腫瘍学) は、がんという生命の危機に直面した患者とその家族が、がんの診断時から治療・終末期まであらゆる時期において経験する心理的苦痛の軽減、および quality of life (QOL) の向上を目指した学問である。

2007年4月のがん対策基本法の施行を受けて、がん患者や家族、遺族も参加し協議されたがん対策推進基本計画には、「すべてのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が全体目標として掲げられ、重点的に取り組むべき事項として「治療初期段階からの緩和ケアの実施」がうたわれている。そして、「より高い緩和ケアを実施していくために、精神腫瘍医の育成」が求められている。がん医療の均てん化の礎となるがん診療連携拠点病院の要件に、緩和ケアチームが必須とされた。2002年より認められた緩和ケア加算では、精神科医師を必須条件としている。ここにも、がん治療を通して常に起こりうる精神症状の評価、症状緩和の重要性が述べられている。WHOの提言のとおり、診断時期から支持・緩和療法とともに心のケアが求められる時代となり、あらゆる時期を通じて継ぎ目なく患者を支援することが求められている。

## 2 緩和ケアにおけるサイコオンコロジー

2004年に英国 National Health Service の National Institute of Clinical Excellence で作成された「緩和ケアを実践するためのガイドライン」の心理状態のアセスメントと対応に関するガイドライン<sup>1)</sup>には、あらゆる医療者に求められるサイコオンコロジーの評価と介入法が4つのレベルに分類され、提示されている(総8表-1)。レベル1の介入が適切に行われれば、レベル2以上の心理的苦痛を予防することも可能である。わが国の現状では、レベル3以上に対応可能な臨床心理士や精神科医が不足しているが、レベル1はがんの全経過を通して心のケアの基盤となるため、きわめて重要である。

総8表-1. 心理的評価と介入の推奨モデル<sup>1)</sup>

<b>レベル1：すべての医療者</b>
<p>【評価】心理的ニードの認識 患者や家族の心理的苦痛を評価し、必要に応じて精神保健の専門家に紹介する。また、精神保健の専門家に紹介するための基準を作り、迅速に紹介できるようにしておく。</p> <p>【介入】基本コミュニケーション(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意) がんによる影響について正直に思いやりをもって伝える。また、患者、家族が利用できる緩和ケアサービスに関する情報を提供する。患者、家族に対して尊敬の念をもって接し、サポート的な関係を構築、維持する。</p>
<b>レベル2：心理的知識を有する医療者(がん専門看護師、ソーシャルワーカー)</b>
<p>【評価】心理的苦痛のスクリーニング 診断時、治療中、治療終了時、再発時といった、がんの経過において重要な局面で行う。その際、がんが日常生活、気分、家族関係、仕事に及ぼす影響についても評価する。その際、良い悪いといった判断をすることなく積極的に傾聴し、心配や感情を引き出す。より深刻な苦痛を有する患者は心理的介入の専門家へ紹介する。</p> <p>【介入】問題解決技法のような心理技法 患者が置かれたつらい状況に対処するために問題解決療法などの心理療法を含む。</p>
<b>レベル3：訓練と認定を受けた専門家(臨床心理士)</b>
<p>【評価】心理的苦痛の評価と精神疾患の診断 心理的苦痛の重症度(中等度～重症)を識別し、重篤な場合には精神科医に紹介する。</p> <p>【介入】系統的で理論的な枠組みに照らし合わせたカウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ) 不安マネジメントや解決志向アプローチを行う。軽症から中等度の不安、抑うつ、怒りといった心理的苦痛を扱う。がんに伴う治療、対人関係、医療者との関係、実存に関する問題に対しても適切に対応する。</p>
<b>レベル4：精神保健専門家(精神科医、臨床心理士)</b>
<p>【評価】精神疾患の診断 重症の気分障害、人格障害、薬物乱用、精神病性障害を含む、複雑な精神的問題を評価する。</p> <p>【介入】薬物療法と心理療法(認知行動療法) 抑うつ・不安、器質的脳障害、重篤な個人内の問題、アルコール・薬物関連の問題、人格障害、精神病性障害を含む中等度から重症の精神疾患に対して心理学的、精神科的介入を行う。</p>

(The National Institute for Clinical Excellence : Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual, 2004より抜粋)

総8表-2. 基本的なコミュニケーション技術

<b>コミュニケーションの準備</b>	
・身だしなみを整える	・静かで快適な部屋を設定する
・座る位置に配慮する	・挨拶をする
・名前を確認する	・礼儀正しく接する
・時間を守る	・ことわりを入れて電話に出る
<b>話を聞くスキル</b>	
・目や顔を見る	・視線は同じ高さに保つ
・患者に話すよう促す	・相槌を打つ
・患者の言葉を自分の言葉で反復する	
<b>質問するスキル</b>	
・Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン）を用いる	
・病気だけではなく患者自身への関心を示す	
・わかりやすい言葉を用いる	
<b>共感するスキル</b>	
・患者の気持ちを繰り返す 例：「死にたいくらいつらい」のですね	
・沈黙（5～10秒）を積極的に使う 例：患者が発言するのを待つ	
・患者の気持ちを探索し理解する 例：どのようにお感じになっているか教えていただけますか？	
<b>応答するスキル</b>	
・患者が言いたいことを探索し理解する	
・患者の言葉を言い換えて理解したことを伝える	
・説明的な応答をする	

### 3 コミュニケーション

がん医療に携わるすべての医療者に必須のサイコオンコロジーの実践はコミュニケーションである。がん医療においては、通常の診療で主に用いられる基本的なコミュニケーション（総8表-2）、悪い知らせを伝える際の難しい面談で主に用いられるコミュニケーション、難しい患者や家族へ対応する際に主に用いられるコミュニケーションがある。

がん医療において、コミュニケーションが特に患者の心理状態に影響を及ぼすのは、悪い知らせを伝える際である。悪い知らせとは、「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」である<sup>2)</sup>。がん医療においては、難治がんの診断や再発、積極的抗がん治療の中止といった知らせが含まれる。がん対策基本推進計画の中にも、「がん医療における告知などの際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」とうたわれている。悪い知らせが伝えられると患者は動揺し、心理的苦痛を経験する。積極的に傾聴し、心配や感情を引き出すことは、心理的苦痛のスクリーニングとしても有用である。

#### ■悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術

悪い知らせを伝える際には、今後の治療方針についての話も同時に行われることが一般的である。インフォームドコンセントを前提としたがん医療においては、診断を含む、主に患者にとって良くない情報が説明され、患者の同意をもって医療が提供される。インフォームドコンセントの「説明と同意」、あるいは「説明された上での同意」という和訳を、人の心の機能を表す「知・情・意」になぞらえてみると「説明」を受けて「同意」に至る間に「情」が抜け落ちていることがわかる。知識として説明を頭で理解できても、気持ちの上で納得できなければ、心から同意できない。そのため十分な情報提供とともに気持ちへの配慮が重要である。納得した上での同意でない場合には、その後のコンプライアンスが悪くなる、怒りを向けられるなど問題が生じることがある。

わが国のがん患者が望む「悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーション」は「支持的な場の設定 (Supportive environment)」、 「悪い知らせの伝え方 (How to deliver the bad news)」、 「付加的情報 (Additional information)」、 「安心感と情緒的サポート (Reassurance and Emotional support)」の4要素である<sup>3-5)</sup>。これらの要素 (SHARE) を面談の時間軸に沿って簡単にまとめたものを総8表-3に示す<sup>6)</sup>。

総表-3. 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術

起	<b>面談までに準備する</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に重要な面談であることを伝えておく</li> <li>・面談の重要性に対する患者の認識を高めるために家族の同席を促す</li> <li>・プライバシーが保たれた部屋、十分な時間を確保する</li> <li>・面談の中断を避けるために電話が鳴らないように配慮する</li> <li>・面談中に電話に出る場合には患者や家族に一言断りを述べる</li> <li>・身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する</li> </ul>
	<b>面談を開始する</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要な面談に際して患者は緊張しているため、面談の始めからいきなり悪い知らせを伝えない</li> <li>・患者の気持ちを和らげる言葉をかける</li> <li>・経過を振り返り病気の認識を確認する (悪い知らせを伝えられる患者の精神的ストレスの大きさは、患者の理解や期待と医学的現実とのギャップの大きさにも影響を受ける)</li> <li>・患者が使う言葉に注意を向け、現実とのギャップの埋め方や何をどの程度伝えるかという戦略を立てる</li> <li>・聴くスキル (オープン・クエスション、アイコンタクト、患者の話を変えない、患者の言葉を繰り返すなど) を使用して患者の気がかりを聞き出す</li> <li>・家族にも同様に配慮する</li> <li>・ほかの医療者を同席させるときは患者の了承を得る</li> </ul>
承	<b>悪い知らせを伝える</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心の準備のための言葉をかける</li> <li>・わかりやすく明確に伝える (がんを伝える際にはあいまいにせず「がん」という言葉を用いる)</li> <li>・感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける (沈黙、探索、保証、共感の言葉)</li> <li>・写真や検査データを用いる、紙に書く</li> <li>・患者の理解度を確認し、話の進め方の速度が速すぎないか尋ねる</li> <li>・質問や相談があるかどうか尋ねる</li> </ul>
	<b>治療を含め今後のことについて話し合う</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な治療、とりうる選択肢について説明する</li> <li>・推奨する治療法を伝える</li> <li>・がんの治る見込みを伝える</li> <li>・セカンドオピニオンについて説明する</li> <li>・患者が希望を持てる情報も伝える</li> <li>・患者の日常生活や仕事、利用できるサポートについて話し合う</li> </ul>
結	<b>面談をまとめる</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要点をまとめる</li> <li>・説明に用いた紙を渡す</li> <li>・今後も責任を持って診療にあたること、決して見捨てないことを伝える</li> <li>・患者の気持ちを支える言葉をかける</li> </ul>

8

難治がんの診断を伝える面談、再発を伝える面談、積極的抗がん治療を伝える面談とそれぞれの面談で、また、医師、看護師、薬剤師など職種によって強調されるコミュニケーション技術は異なる。さらに、すべての患者が望むコミュニケーションが存在する一方で、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションが存在する。常に心がけるべきことは、目の前の患者の意向を把握し、患者の意向に沿ったコミュニケーションを実践することである。

コミュニケーションは経験や知識だけでは変容しないが、学習により変容可能であり、医療者に必須の技術として捉えられるようになってきている。学習方法としては、講義とロールプレイで構成されたコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性が報告されている<sup>7)</sup>。知識だけでは行動に移すことは難しいため、ロールプレイを含む学習が望まれる。

## 4 がん患者の心理的苦痛

がん患者は治療全般を通してさまざまな精神症状が出現する。主な症状の1つは抑うつ状態(大うつ病、適応障害)である。抑うつ状態は治療のあらゆる時期に出現し、わが国における有病率調査では、大うつ病4~7%、適応障害5~35%と報告されている。一般的にがんの進行に伴い、有病率は上昇する。がん患者の抑うつの原因はさまざまであるが、「がん=死」あるいはがんにより人生計画の変更を余儀なくされるといふ心理社会的インパクトに加え、がんに伴う器質的因子(例えば、脳転移や腫瘍随伴症候群、高カルシウ

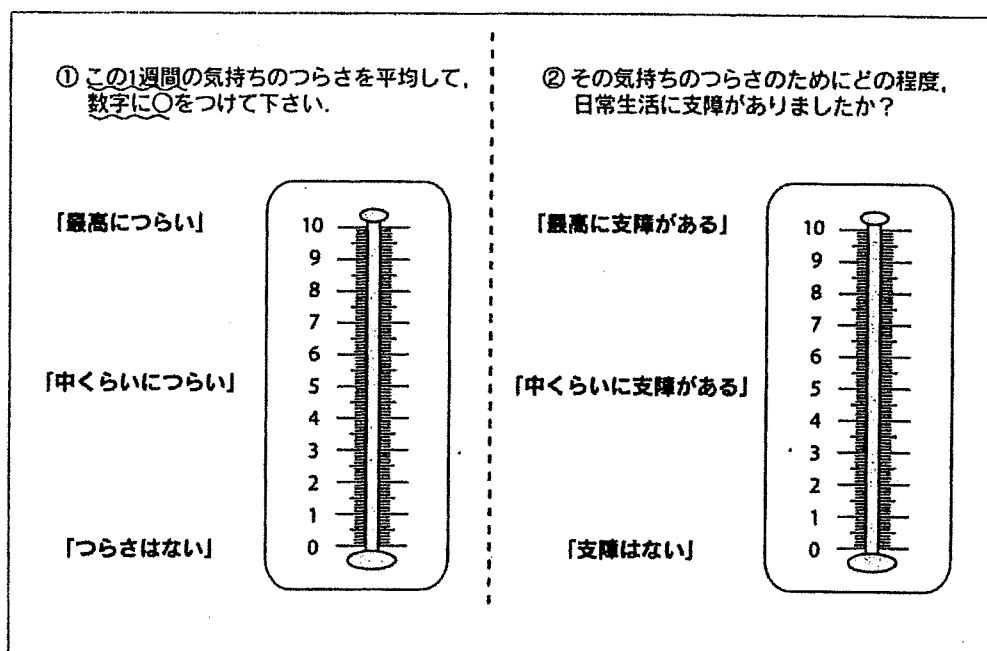
ム血症、疼痛が適切に緩和されていないこと、ステロイド・インターフェロン・抗がん剤・降圧薬・全脳照射などの医原的要因など)が抑うつ状態を引き起こすことが示唆されている。また、加齢は発がんのリスクであるが、同時に大うつ病や自殺の危険因子でもある。高齢者の抑うつの場合、若年者と異なり、抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味の喪失や認知機能の低下(記憶力の低下、集中困難)、身体的不定愁訴を訴えることが多い。

このように有病率が高いにもかかわらず、がん患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつに伴う身体症状をがんに付随する症状や治療に伴う有害事象として捉えがちであること、心理的な症状を軽視しがちであること、精神症状を評価することにためらいがあることにより、抑うつ状態が過小評価されがちである。がん患者の自殺率は一般人口に比べて男性1.6倍、女性2.1倍、がん診断後3~5カ月に限ると4.3倍と非常に高いことが報告されている<sup>9)</sup>。自殺企図や希死念慮の背景要因として、抑うつ状態や疼痛、ソーシャルサポートが乏しいことが指摘されている。自殺に至らない場合にも、無価値感や自殺念慮により積極的抗がん治療を拒否する可能性も示唆されている。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。以上より、がん医療においては、抑うつ状態の早期診断・治療の重要性が強調される。

## ■がん患者の抑うつ

### ①スクリーニング

有病率が高いが過小評価されがちな点から、抑うつへのスクリーニングの有用性が指摘されている。日本で妥当性が確認されているがん患者への簡便なスクリーニングとして、つらさと支障の寒暖計がある(総8図-1)<sup>9,10)</sup>。Shimizuら(2005)は、つらさと支障の寒暖計を用いて、看護師がスクリーニングを行い、カットオフポイント(つらさ:4点、支障3点)を超えた患者に精神科受診を推奨するという介入を実施すると、実施しないよりも精神科受診率(介入未実施時2.5%、実施後11.5%)が高いことを報告している<sup>10)</sup>。このような結果から、スクリーニングの臨床導入が推奨される。スクリーニングの導入が困難な場合にも、診療中に、次項に示す診断基準の1つである、興味・喜びの減退(例えば、「毎朝の日課だった新聞を読む気がしない」など)が患者から訴えられた場合には、精神保健の専門家に相談することが望まれる。精神疾患や精神医療に対して否定的な感情や心配を表出する患者や家族に対しては、総8表-4に示すように表出された心配や否定的感情について共感を示しながら、医学的必要性を伝えることが重要である。



総8図-1. つらさと支障の寒暖計

カットオフポイント: つらさ=4, 支障=3点



総8表-4. 精神科受診の推奨例

患者の精神疾患・精神医療に対する心配、否定的感情	回答例
「私が弱いから気持ちが落ち込むのです」	「…（沈黙）…一人でそんな思いを抱えて、つらかったでしょうね。夜眠れない、気持ちが落ち着かないことは多くの患者さんが経験されますよ」
「気の持ちようでどうにかになります」	「気持ちの問題に対していろいろ試してみても上手くいかないときには、専門家に相談するのも一つの方法ですよ」
「今はがんの治療で精いっぱいです精神科に相談どころではありません」	「気持ちの問題に対処することはがんの治療に取り組んでいくためにも重要なことですよ」
「精神科に行っているなんてほかの人に知られたくないです」	「カウンセリングで話したことや話した内容がほかの人に伝わることはありませんよ」
「何を話していいかわかりません」	「今、私に話してくれたことをそのまま話してみてもいいかがですか」
「人に話したからって問題が解決するわけではありませんから」	「話したからといって解決しないかもしれませんが、誰かに聞いてもらううちに気持ちが楽になったり、整理できることはありますよね」
「薬に頼りたくない」、「精神科の薬は依存症になるのではないですか」	「必ず薬を使うとは限りませんし、不安な気持ちや落ち込んだ気分を和らげるためにお薬をすすめられたら、お薬に対する心配をお話してみてもいいかがでしょうか」
「今はまだ大丈夫です」	「必要だと思われたときにいつでもご相談ください、また私からも時々うかがいますね」

8

総8表-5. うつ病の症状 (DSM-IV-TR)

症 状	具 体 例
気持ちの落ち込み	ほとんど1日中憂うつな気持ちが続く。涙もろくなり、毎日のように泣いてしまう。
興味・喜びの喪失	テレビを見たり本を読んでも面白くない。普段楽しめることが全く楽しめない。普段笑えるようなことでも笑えない。家族や友人と会っても楽しいと思えない。
体重減少、食欲低下	抗がん剤の副作用にかかわらず食欲がない。1カ月に5%以上体重が減少する。何を食べてもおいしいと感じない。砂をかんでいるように感じる。
睡眠状態の変化	寝つきが悪い。夜中に何度も目が覚め、もう一度眠るのに時間がかかる。朝方早く目が覚めて、もう一度眠ることができない。
焦燥感、精神運動制止	いらいらする。ほかの人から気づかれるほど、そわそわ落ち着かない。もしくは考えるスピードや、動作、会話が普段に比べて遅くなってしまいう状態が続く。
倦怠感、気力低下	1日中何もする気にならない。普段普通にできていたことでも、すぐにだるくなってしまふ。
無価値感、罪責感	自分に価値がないと感じる。以前の出来事について、くよくよと自分を責める。がんが以前の出来事の罰だと感じる。
思考・集中力の減退	仕事をしてても手につかない。食事の献立を決めることができない。新聞を読んでも内容が頭に入らない。考えばかり空回りしてしまい、物事の決断ができない。
希死念慮	つらいので死んでしまいたいと繰り返し考える。自殺の方法を具体的に考える。

・上記の症状のうち、気持ちの落ち込み、興味・喜びの喪失のいずれかの症状を含み、5つ以上の症状が同時にほとんど毎日、2週間以上続く場合には、うつ病を疑う。  
 ・食欲低下、睡眠状態の変化、倦怠感、集中力の低下などは、がんに伴う症状や抗がん治療に伴う有害事象としても出現しうるが、一般に抑うつが過小評価されることを考慮すると、身体症状の原因にかかわらず、診断項目に含めることが推奨される。

② 診 断

アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-IV-TR)<sup>11)</sup> によるうつ病の診断基準を総8表-5に示す。うつ病の症状はがんに伴う症状や抗がん治療に伴う有害事象としても出現しうるが、一般に抑うつが過小評価されることを考慮すると、身体症状の原因にかかわらず、診断項目に含めることが推奨される。

③ 治 療<sup>12)</sup>

抑うつに対する治療として代表的なものは薬物療法 (総8表-6) と心理療法である。薬物療法の際には身体症状を繰り返し評価し、便秘、せん妄などの有害事象に注意しつつ、少量から開始し、漸増することが原則である。適応障害 (ストレスが原因で生じる抑うつ気分や不安を伴う情緒的障害) に対しては、抗不安薬 alprazolam (0.4~1.2 mg 分2~3) や lorazepam (0.5~1.5 mg 分2~3) が用いられることが多い。経口投与が不可能な場合には経直腸的に bromazepam (1.5 mg 分1~、3 mg 分2~)、経静脈的に抗ヒスタミン薬である hydroxyzine (50~200 mg 分2~4) を用いることもある。大うつ病では、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) を少量 (10~20 mg 程度)

総8表-6. がん患者の抑うつに対する薬物療法

	分類	一般名	用法用量	特徴, 注意点
適応障害	ベンゾジアゼピン系抗不安薬	alprazolam	初期投与量: 0.4~1.2mg/日 1.2~2.4mg/日まで	即効性, 短時間作動型, 抗うつ効果のエビデンスもある. 副作用: 鎮静, 眠気, ふらつき, 転倒
		lorazepam	初期投与量: 0.5mg/日 1.5mg/日まで	短時間作動型, 代謝経路が簡単で, 相互作用の危険性が少ない.
		bromazepam	経直腸 初期投与量: 1.5~3.0mg/日, 1日1~3日 経口 初期投与量: 6mg/日, 15mg/日まで	短時間作動型, 坐剤があり, 経口投与が困難な場合でも使用可能.
	抗ヒスタミン薬	hydroxyzine	初期投与量: 50mg/日 200mg/日まで	抗ヒスタミンによる鎮静作用を利用. 点滴投与が可能.
大うつ病	SSRI	fluvoxamine	初期投与量: 25~50mg/日, 1日2回分割投与 150mg/日まで	副作用: 鎮静, 眠気
		paroxetine	初期投与量: 10~20mg/日, 夕食後 40mg/日まで	副作用: 鎮静, 眠気, 抗コリン作用 tamoxifenと相互作用があり, tamoxifenの血中濃度を下げる可能性がある.
		sertraline	初期投与量: 25mg/日, 1日1回 100mg/日まで	副作用: 鎮静, 眠気, 起立性低血圧
	SNRI	milnacipran	初期投与量: 30~50mg/日 60~100mg/日まで	わが国で唯一のSNRI. グルクロン酸抱合を終って排泄されるので薬剤相互作用の危険性が少ない.

から用いる。希死念慮の存在など症状が重篤な場合には、効果の確実性を期待して三環系抗うつ薬を用いることもあり、副作用プロフィールに配慮した薬剤選択が望まれる。薬物療法は効果が表れるまでに時間を有することもあり、予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もある。また、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない薬剤選択治療計画が必要である。抗うつ薬をどんな患者にも一律一様に処方することは有効ではなく、むしろ有害事象が生じることもあるため、避けるべきである。抑うつが疑われた場合には、早めに精神保健の専門家に相談することが望ましい。

一方、心理療法は支持的精神療法や認知行動療法がある。がん患者への抑うつ・不安に対する心理療法のレビューによると、有用性は強く支持されるとはいえないものの、その施行が考慮され得る治療であることが示されている<sup>13)</sup>。薬物療法と組み合わせることにより、抑うつを軽減することが可能であると考えられる。

以上、がん患者が経験する心理的苦痛の評価とその基本的対応について述べた。がん患者とその家族は、がんの診断時から治療・終末期まであらゆる時期において抑うつと不安といった心理的苦痛を経験する。そのため、あらゆる医療者にサイコオンコロジーの実践が求められる。

【参考文献】

- 1) The National Institute for Clinical Excellence : Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual, 2004.
- 2) Buckman R : Breaking bad news : why is it still so difficult ? British Medical Journal, 288 : 1597-1599, 1984.
- 3) Fujimori M, et al : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology, 14 : 1043-1051, 2005.
- 4) Fujimori M, et al : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology, 16 : 573-581, 2007.
- 5) Fujimori M, et al : Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology, 16 : 617-625, 2007.
- 6) 内富庸介, 藤森麻衣子編 : 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, 2007.
- 7) Fujimori M, et al : Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. Journal of Cancer Education, 18 : 194-201, 2003.

- 8) Tanaka H, et al : Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Japanese Journal of Cancer Research*, 90 : 812-817, 1999.
- 9) Akizuki N, 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. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29 : 91-99, 2005.
- 10) Shimizu K, et al : Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer*, 103 : 1949-1956, 2005.
- 11) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision : DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC and London, 2000.
- 12) Okamura M, et al : Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology*, in press.
- 13) Newell SA, et al : Systematic Review of psychological Therapies for Cancer Patients : Overview and Recommendations for Future. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 : 558-584, 2002.

藤森麻衣子, 小川朝生, 内富庸介

PRACTICAL  
GUIDE TO

CHEMORADIOTHERAPY

化学放射線療法

プラクティカルガイド

編集

北原 規

国際医療福祉大学三田病院放射線医学センター 教授

相羽 恵介

東京慈恵会医科大学腫瘍・血液内科 教授

南山堂