

執筆者(執筆順)

- 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
- 関根 広 埼玉医科大学国際医療センター放射線腫瘍科 准教授
- 佐藤 温 昭和大学病院腫瘍内科 准教授
- 鈴木 裕 国際医療福祉大学病院外科 教授
- 黒田佑次郎 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部
- 岩瀬 哲 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 副部長
- 中川 恵一 東京大学医学部附属病院放射線科准教授・緩和ケア診療部 部長
- 井上 大輔 東京慈恵会医科大学腫瘍・血液内科 准教授
- 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
- 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
- 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
- 井垣 浩 帝京大学医学部附属病院放射線科 准教授
- 不破 信和 南東北がん陽子線治療センター センター長
- 早川 和重 北里大学医学部放射線科学 教授
- 河守 次郎 聖路加国際病院放射線腫瘍科
- 関口 建次 聖路加国際病院放射線腫瘍科 部長
- 根本 建二 山形大学医学部放射線腫瘍学分野 教授
- 野宮 琢磨 山形大学医学部放射線腫瘍学分野
- 和田 仁 山形大学医学部放射線腫瘍学分野
- 大屋 夏生 熊本大学医学部附属病院放射線治療科 教授
- 唐沢 克之 がん・感染症センター都立駒込病院放射線診療科 部長
- 戸板 孝文 琉球大学大学院医学研究科放射線医学分野 准教授
- 長井 裕 琉球大学医学部附属病院周産母子センター 講師
- 村山 貞之 琉球大学大学院医学研究科放射線医学分野 教授
- 小口 正彦 癌研究会有明病院放射線治療科品質管理担当 部長
- 矢野 真吾 東京慈恵会医科大学腫瘍・血液内科
- 久保田紗代 長崎大学医学部・歯学部附属病院放射線科
- 永田 靖 広島大学病院放射線治療部 教授
- 平岡 真寛 京都大学大学院医学研究科放射線腫瘍学・画像応用治療学 教授
- 正木 英一 国立成育医療センター放射線診療部 部長

8 サイコオンコロジー	藤森麻衣子, 小川朝生, 内富庸介	99
1. サイコオンコロジーとは		99
2. コミュニケーション		101
3. がん患者の心理的苦痛		103
4. 抑うつスクリーニング		104
5. せん妄への対処		107
6. アルコール, タバコ関連の精神医学的問題		108

//// 各 論 ////

1 脳腫瘍	井垣 浩	112
I 脳腫瘍の化学放射線療法—Overview		112
II 悪性神経膠腫の化学放射線療法		114
1. 多形性膠芽腫の化学放射線療法		114
2. 退形成性星細胞腫の化学放射線療法		120
III 髄芽腫の化学放射線療法		123
IV 中枢神経原発悪性リンパ腫および胚細胞腫瘍の化学放射線療法		126
2 頭頸部がん	不破信和	129
1. 頭頸部がんの化学放射線療法—Overview		129
2. 上咽頭がんの化学放射線療法		130
3. 上咽頭がん以外の頭頸部がんに対する化学放射線療法		136
4. 動注併用化学放射線療法		140
3 肺がん	早川和重	148
1. 肺がんの病期分類		148
2. 非小細胞肺がんの化学放射線療法		149
3. 限局型小細胞肺がんの化学放射線療法		156
4 乳がん	河守次郎, 関口建次	163
1. 乳がんの術後照射, 術後補助化学療法—Overview		163
2. 乳房温存術後, 乳房切除術後の逐次併用術後化学放射線療法		165
5 食道がん	根本建二, 野宮琢磨, 和田 仁	171
1. 食道がんの化学放射線療法		171
6 膵臓がん	大屋夏生	180
1. 膵臓がんの化学放射線療法—Overview		180
2. 局所進行膵臓がんの化学放射線療法		181

8

サイコオンコロジー

Psychooncology

Point

- ・がん医療に携わるすべての医療者に求められる患者への心理的ケアの基礎は、コミュニケーションである。特に、難治がんなどの治療が望めないがんに関連する悪い知らせを伝える際には、正直に、思いやりや尊敬の念をもって接して、サポート的な関係を構築、維持し、がんによる多方面にわたる甚大なる生活への影響について説明することが大切である。
- ・がん患者に多く認められる精神症状は、抑うつ、せん妄である。これら精神症状を適切に評価し、精神保健の専門家に繋ぐことが求められる。簡便な評価ツールである「つらさと支障の寒暖計」を用いることが有効である。
- ・放射線治療を受ける症例が多い頭頸部がん患者では、抑うつ、せん妄に加えて、アルコール、たばこ関連の問題が多く認められる。これらの問題は抑うつやせん妄の危険因子でもあるため、初期からの適切な対応が求められる。

本章では、サイコオンコロジーについて概説し、がん患者とその家族が経験する心理的苦痛、およびがん医療に従事する医療者に求められる心理的苦痛の評価と介入について述べる。

1 サイコオンコロジーとは

サイコオンコロジー(Psychooncology：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、がんの診断時から始まり、治療・終末期に及ぶ、あらゆる時期において経験する心理的苦痛を軽減し、QOLを向上させることを目指した学問である。

A. 「がん対策基本法」におけるサイコオンコロジー

わが国では2007年4月の「がん対策基本法」の施行を受けて、同年6月に「がん対策推進基本計画」が策定された。がん患者や遺族も参加し、協議された基本計画には、「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。

また、がん医療の均てん化の礎となる「がん診療連携拠点病院」の要件として、緩和ケアチームが必須とされた。2002年より認められた「緩和ケア診療加算」では、チームにおける精神科医師の配置

用語解説

・サイコオンコロジー(psychooncology：精神腫瘍学)：がん治療の向上、メンタルヘルスに対する国民の関心、情報の開示など、がん医療をとりまく社会状況の変化に伴い、身体症状をマネジメントするだけでなく心理社会的背景を考慮した治療が望まれるようになり、その過程で精神医学・心理学(Psychology)と腫瘍学(Oncology)を統合して発展してきた学問である。サイコオンコロジーは、「がんが患者・家族・医療者に与える心理的影響を明らかにすること」、「感情や行動ががんに与える影響を明らかにすること」によって、がん治療におけるQOLの向上を目指すことを最大の目標としている。

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、サイコオンコロジーはがんの診断時期から始まり、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がん患者を支援することが求められている。

B. 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 (NICE)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では¹⁾、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ている(表1)。ここでは、レベル1から4それぞれに求められるサイコオンコロジーの実際の概要を示す。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極めて重要である。

英国と日本では、医療システム、医療者の受ける教育や職務範囲など異なる点も多々あるが、大きな枠組みとしてみると、わが国におけるサイコオンコロジーの実践に応用可能であると思われる。

表1 心理的評価と介入の推奨モデル

レベル1	すべての医療者
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。
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、サポーティブな関係を構築、維持する。
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)
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、 <u>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</u> 。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。
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。
レベル3	訓練と認定を受けた専門家(臨床心理士)
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。
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。
レベル4	精神保健専門家(精神科医、臨床心理士)
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。
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、 <u>精神科的介入</u> を行う。

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

2 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、通常の診療で用いられる基本的なコミュニケーション(表2)、悪い知らせを伝える際の難しい面談で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用いられるコミュニケーションがある。頭頸部がんなどでは、がんや治療の影響による機能障害により言語的コミュニケーションが困難な場合がある。そのような場合には、コミュニケーションが量的にも質的にも阻害されがちであるため、筆談など言語的コミュニケーションの工夫に加え、表情の変化や身振り、語調など非言語的コミュニケーションにも注意を向けて気持ちをくみ取り、また、家族から情報を得るなどの工夫と、根気強く信頼関係の構築に努めることが必要である。

●悪い知らせを伝える

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²⁾。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等の際には、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

表2 基本的なコミュニケーション技術

コミュニケーションの準備	
<ul style="list-style-type: none"> ●身だしなみを整える ●座る位置に配慮する ●名前を確認する ●時間を守る 	<ul style="list-style-type: none"> ●静かで快適な部屋を設定する ●挨拶をする ●礼儀正しく接する ●面談中に電話に出るときは、断りを入れる
話を聞くスキル	
<ul style="list-style-type: none"> ●目や顔を見る ●患者に話すよう促す ●患者の言葉を自分の言葉で反復する 	<ul style="list-style-type: none"> ●視線は同じ高さに保つ ●相槌を打つ
質問するスキル	
<ul style="list-style-type: none"> ●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 	
共感するスキル	
<ul style="list-style-type: none"> ●患者の気持ちを繰り返す 例：「死にたいぐらいつらい」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? 	
応答するスキル	
<ul style="list-style-type: none"> ●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 	

明と同意」,あるいは「説明されたうえでの同意」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,気持ちのうえ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。納得したうえでの同意でない場合には,その後のストレスが高まる,コンプライアンスが悪くな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)」という4要素で構成されている^{3~5)}。これらの要素 (SHARE) を面談の時間軸に沿って,起承転結の構成で表3に簡単にまとめる⁶⁾。

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

表3 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術

起	面談までに準備する
	事前に重要な面談であることを伝えておく
	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
	プライバシーが保たれた部屋,十分な時間を確保する
	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
	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
	身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する
	面談を開始する
	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
	患者の気持ちを和らげる言葉をかける
承	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)
	患者が使う語彙に注意を向け,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
	聴くスキル(オープン・クエスチョン,アイコンタクト,患者の話を遮らない,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
	家族にも同様に配慮する
	他の医療者を同席させるときは患者の了承を得る
	悪い知らせを伝える
	心の準備のための言葉をかける
	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)
	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)
	写真や検査データを用いる,紙に書く
転	患者の理解度を確認し,説明が速すぎないか尋ねる
	質問や相談があるかどうか尋ねる
	治療を含め今後のことについて話し合う
	標準的な治療,とりうる選択肢について説明する
	推奨する治療法を伝える
	がんの治る見込みを伝える
結	セカンドオピニオンについて説明する
	患者が希望を持てる情報も伝える
	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
	面談をまとめる
	要点をまとめる
	説明に用いた紙を渡す
	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
	患者の気持ちを支える言葉をかける

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長らく人間性や経験によるものと考えられてきたため、医学教育には取り入れられてこなかった。しかし近年、経験や知識だけでは変容しない一方で、学習により変容可能なことが示され、医療者に必須の技術としてとらえられるようになっていく。学習方法としては、講義とロールプレイで構成された2～4日間のコミュニケーション・スキル・トレーニングがコミュニケーションの向上に対して有効であることが報告されている⁷⁾。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。

用語解説

◆ **コミュニケーション**：コミュニケーションとは「共有する」を意味するラテン語のCommunicareが語源といわれている。すなわち患者－医療者間の双方向の円滑な情報交換が求められる。また、コミュニケーションには、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがある。医療現場では情報提供を目的としたコミュニケーションが主であるため、ともすると言語的コミュニケーションに注意が向きがちになるが、表情や姿勢、態度といった非言語的なコミュニケーションが、時に、言語的情報よりも伝える情報が大きいこともあり非常に重要である。

3 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^{8～16)}。一般的にがんの進行に伴い、有病率は上昇する。頭頸部がんにおいては、手術に対する不安感に加え、手術後にもたらされる容貌や機能の喪失（失声など）と、それらによる他者とのコミュニケーションの障害や職場復帰の遅れなどが大きなストレスとなり、抑うつが出現する。頭頸部がんにおける有病率調査から、20～50%の患者に抑うつ状態がみられることが報告されている。

がん医療において、抑うつ診断・治療の重要性が強調されるのには、いくつかの理由がある。第1に、有病率が高いにもかかわらず見落とされがちなことである。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伴う付随する症状や、治療に伴う副作用としてとらえがちであること、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る。近年、入院期間が短縮され、通院治療が増加するなか、患者の心理的变化は医療者からますます見逃されやすくなっている。第2に、自殺やQOLの低下を招くことがあげられる。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ヵ月に限ると4.3倍と高い¹⁷⁾。さらに頭頸部がん患者では一般人口の11.4倍（自殺率；約0.3%）と非常に高いことがメタアナリシスで報告されている¹⁸⁾。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。第3に、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・抗悪性腫瘍薬・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。最後に、危険因子としての加齢がある。加齢は発がんの危険因子であるが、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、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), 身体的な不定愁訴を訴えることが多い。

4 抑うつスクリーニング

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。わが国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に、つらさと支障の寒暖計がある(図1)^{19, 20)}。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、実施しない時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²⁰⁾。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(DSM-IV-TR)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。

また、頭頸部がん患者の抑うつに関連要因として進行がん、独居、非婚、無力感があげられている²¹⁾。すなわち、進行がん患者、独居者、非婚者、無力感を示す患者には、特に注意深く観察し、精神症状を評価することが求められる。例えば、アルコールの問題(後述参照)を抱えている男性患者がいたとする。彼が独居者の場合、止める人がいないため酒をやめることができず、通院が不定期になりがちになることがある。また、失声した患者で無力感が強い場合、担当医とコミュニケーションをとる気力がなくなり、治療へのアドヒアランスも低下する。このような背景を有する患者に対しては、積極的に精神保健の専門家に繋ぐことが推奨される。

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、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。

A. 抑うつの診断

米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-IV-TR)²²⁾によるうつ病の主な症状を表5に示す。うつ病の身体症状は、がんに伴う症状や抗がん治療に伴う副作用としても出現しうる

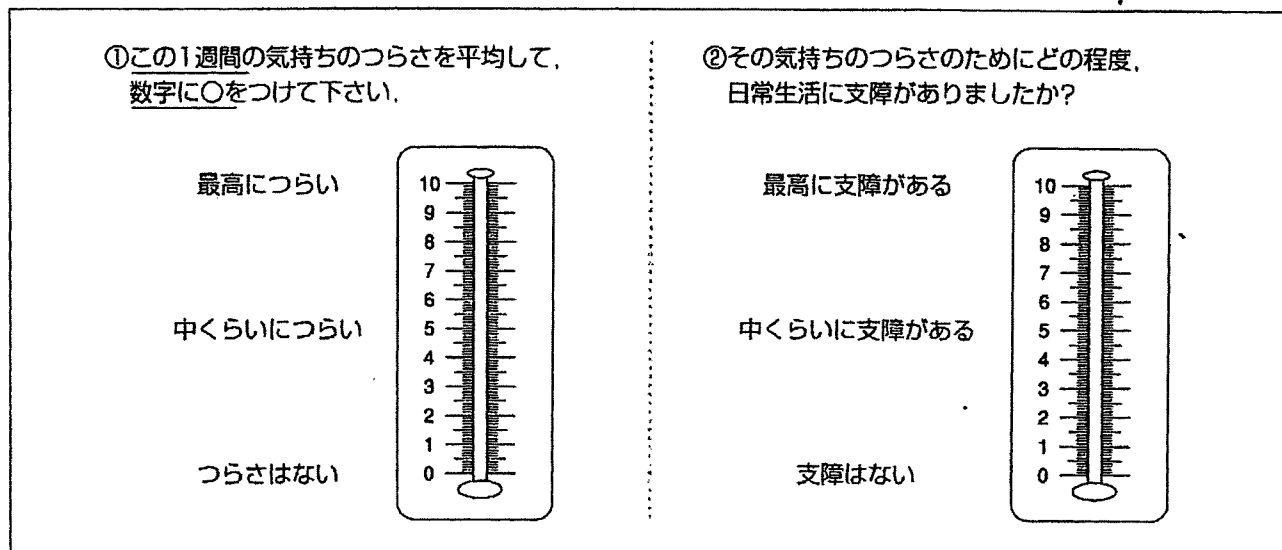


図1 つらさと支障の寒暖計

カットオフポイント: つらさ=4点, 支障=3点

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。

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一杯で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他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他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勧められたら、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」

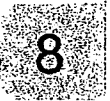


表5 うつ病の症状(DSM-IV-TR, 2000)

症状	具体例
気持落ち込み	ほとんど1日中憂鬱な気持ちが続く 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関わりなく食欲がない 1ヵ月に5%以上体重が減少する 何を食べてもおいしく感じない 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 他の人から気づかれるほど、そわそわ落ち着かない 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副作用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。

B. 抑うつの治療

抑うつに対する治療として代表的なものは、薬物療法と心理療法である²³⁾。

● 薬物療法(表6)

薬物療法の際には、身体症状を繰り返し評価し、便秘、せん妄などの副作用に注意しつつ、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、抗不安薬アルプラゾラム(0.4~1.2 mg 分2~3)やロラゼパム(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、経直腸的にプロマゼパム(1.5 mg 分1~, 3 mg 分2~), 経静脈的に抗ヒスタミン薬であるヒドロキシジン(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)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。薬物療法は効果が現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、むしろ副作用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。

● 心理療法

一方、心理療法は支持的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う

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 アルプラゾラム	初期投与量：0.4~1.2 mg/日 1.2~2.4 mg/日まで	即効性、短時間作用型、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
	ロラゼパム	初期投与量：0.5 mg/日 1.5 mg/日まで	短時間作用型、代謝経路が簡単で、相互作用の危険性が少ない。
	プロマゼパム	<経直腸>初期投与量：1.5~3.0 mg/日、1日1~3日 <経口>初期投与量：6 mg/日、15 mg/日まで	短時間作用型、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	ヒドロキシジン	初期投与量：50 mg/日 200 mg/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	フルボキサミン	初期投与量：25~50 mg/日、1日2回分割投与 150 mg/日まで	副作用：鎮静、眠気
	SSRI パロキセチン	初期投与量：10~20 mg/日、夕食後 40 mg/日まで	タモキシフェンと相互作用があり、タモキシフェンの血中濃度を下げる可能性がある。 副作用：鎮静、眠気、抗コリン作用
	セルトラリン	初期投与量：25 mg/日、1日1回 100 mg/日まで	副作用：鎮静、眠気、起立性低血圧
	SNRI ミルナシプラン	初期投与量：30~50 mg/日 60~100 mg/日まで	日本で唯一のSNRI。グルクロン酸抱合を経て排泄されるので薬剤相互作用の危険性が少ない。



用語解説

●抑うつ：がんの告知や積極的治療の中断や再発といった悪い知らせのあとには、「もうだめだ」といった絶望感、「なぜ自分が」といった怒り、「治るのだろうか」といった不安、残される家族や、やり残した仕事への心配が生じる。そして気分が落ち込み、食欲がなくなり、夜も眠れなくなる。これらの症状が2週間をすぎても遷延する場合、適応障害や大うつ病へ移行していく。大うつ病の原因は、セロトニンやドーパミンといった脳内伝達物質異常が原因といわれているが、未だ明らかではない。また近年、がんそのものや化学療法の影響についても検討されつつある。

る治療であることが示されている²⁴⁾。まずは薬物療法の適用を考慮するが、抑うつが重篤ではなく薬物療法が必要ない場合や薬物療法を望まない場合、あるいは薬物療法が行えない場合には心理療法単独で、あるいは抑うつが重篤な場合には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。

5 せん妄への対処

抑うつと並ぶ、がん患者の心理的苦痛の代表例はせん妄である。DSM-IV-TRによるせん妄の主な症状を表7に示す。せん妄は軽度から中等度の意識混濁に幻覚、妄想、興奮などの精神症状を伴う意識障害である。記憶が定かでなかったり、会話が食い違ったりすることが多いことから、認知症と間違われることがあるが、急速に症状が出現する点、症状が動揺する点、原因に対応することにより症状が改善される点において、認知症とは異なる。

治療は、第一に原因の同定と原因に対する治療(例えば、低酸素に対する酸素投与、電解質異常に対する補正、感染症の治療など)である。頻度の高い原因は、オピオイド、脱水、電解質異常である。原因に対する治療で改善する可能性が高いものは、薬剤、脱水、高カルシウム血症である。興奮、幻覚、妄想に対する薬物療法としては抗精神病薬であるハロペリドール(0.75~3 mgの経口投与または0.5~2 mgの静脈内注射から開始し、効果に応じて漸増)または非定型抗精神病薬(リスペリドン0.5~2 mg, クエチアピン25~200 mg, オランザピン2.5~10 mg)が第1選択薬として推奨される。興奮を抑えるためベンゾジアゼピン系の薬を一時的に使用することがあるが、意識障害を改善する効果はなく、せん妄を悪化させることがあるため単剤投与は避ける。終末期のせん妄で、コントロールが困難な場合には、ミダゾラムやフルニトラゼパムなどの持続皮下注が用いられることもあるため、精神科医への相談が期待される。


薬物療法以外では、ベッド柵を乗り越える、点滴・ドレーンを抜く、偶発的な自傷行為などの行動の危険性を評価し、危険物を撤去したり(拘束感を与える点滴ラインや尿道カテーテルの留置はなるべく控える)、頻回に訪床するなど安全性を確保する。身近な家族の訪問や自宅に近い安心でき



表7 せん妄の症状(DSM-IV-TR, 2000)

診断基準	症状
意識の障害	一つの話をつなげることができない ちょっとした刺激で注意がそれてしまう 逆に話題が切り替わっても前の話が続いてしまう 質問していても覚醒が保てず、すぐにうとうとしてしまう
認知の変化, 知覚障害	最近の記憶が曖昧 数分前に話したことを覚えていない 時間(真夜中なのに朝だと思う)と場所(病院にいるのに自宅にいると思う)に関する見当識を失っている 物の名前を言ったり、書いたりすることが下手になる 誤解(他人に対する関係のない呼びかけを自分に対するものと思う)、錯覚(カーテンの陰を人影と勘違いする)、幻覚(実際にはいないのに人がいるのが見える)がある(現実のものと同信し、不安・興奮の原因となる)
症状が短期間(数時間~数日)に出現, 変動	午前中は協調的な人だったのに夜になると点滴を抜いたり、部屋から飛び出そうとする
一般身体疾患の生理学的結果により引き起こされたという所見	中枢神経に対する ● 直接的原因(脳転移など) ● 間接的原因(代謝性脳症, 電解質異常, 感染症, 薬剤の副作用, アルコール離脱など) 原因は1つではなく、複合的なものであることが多い

る保護的環境の設定，見当識が良くなるようカレンダーや時計を置く，昼はカーテンを開けて昼夜のメリハリをつける，目や耳が不自由な場合には眼鏡や補聴器をつけるなど環境調整も有用である。また，せん妄の症状によって，患者本人，あるいは家族が動揺することがあるため，せん妄の原因や成り立ち，せん妄の症状(特に失見当識，幻覚，妄想)などについて根気よく説明するといった教育的介入も同時に行われることが重要である。

 用語解説

● **せん妄**：精神症状を伴う意識障害である。せん妄は脳の機能異常であり，その背景には必ず身体的な変化や薬物に対する中毒反応などの器質的な原因がある。治療の目標は，認知機能を回復させることであり，そのためには高力価の抗精神病薬(メジャーtranクライザー)を用いるのが基本的であるが，安全性の確保や見当識を良くするための環境調整や患者や家族の動揺に対する支持的な対応も重要な介入である。

6 アルコール，タバコ関連の精神医学的問題

一部の患者には，アルコール関連の精神医学的問題(アルコール依存症，アルコール離脱症状，振戦，せん妄，幻覚，健忘など)がみられることがある。これらは，アドヒアランスを下げる要因である。また，アルコール依存は抑うつ危険因子でもある。そのため，早期からの適切な対応が望まれる。アルコール離脱反応の管理目標は，症状の軽減，合併症(特に痙攣)のコントロールである。体液・電解質バランス，出血，栄養状態に注意しながら，中長時間型のベンゾジアゼピンが用いられるのが一般的である。症状が安定したら，少量ずつ減量する。幻覚にはベンゾジアゼピンあるいは，少量のハロペリドールまたは非定型抗精神病薬が有効である。神経遮断薬による錐体外路系，低血圧，不整脈の副作用に注意する必要がある。

また，タバコの離脱の一般的な症状は，易刺激性，不穏，睡眠障害，頭痛，集中力と記憶の障害，不安，喫煙願望である。これらの症状には，ニコチンパッチなどの禁煙補助薬が用いられる。抗不安薬やリラクゼーションが症状軽減に有効なこともある。現在，禁煙専門外来は保険適応になっており，禁煙補助薬と代替療法を組み合わせた禁煙プログラム(例えば，ニコチンパッチ+認知行動療法など)も行われている。

精神科医，緩和ケアチームとの連携のポイント

わが国においては，2002年より常勤の身体症状緩和医師と常勤の精神科医師，専従看護師(2008年度からは専任薬剤師も追加)で構成する緩和ケアチームが制度化され，がん診療連携拠点病院には設置することが義務づけられるようになった。緩和ケアチームは主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて，入院患者の包括的支援(身体症状や精神症状(うつ病，適応障害，せん妄)緩和，ケアのコーディネート，意思決定のサポート，家族支援)を行う多職種チームである。緩和ケアチームは，プライマリチームを支援する役割を担う。プライマリチームの意向を尊重しつつ，多職種によるチームを構築することも精神腫瘍医の役割である。

現在のがん臨床において最も問題となっているのは，多忙な臨床現場において有効な精神症状緩和を図るためのシステムを構築することである。英国の厚生労働省にあたるNICEは，「緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず，患者は心理社会的支援サービスへのアクセスが不十分である」との反省に立ち，精神症状緩和を介入レベルに従って分類し，プライマリチームか

表8 医療におけるコミュニケーション

レベル1	基本コミュニケーション 例：通常診療
レベル2	悪い知らせを伝えるコミュニケーション 例：難治がんの診断、再発、抗がん治療中止、医療事故
レベル3	難しい患者、家族とのコミュニケーション 例：精神疾患を有する患者、否認を示す患者、拒否的態度の家族
レベル4	医療者間のコミュニケーション 例：多職種チーム、上司と部下

ら専門家の介入まで4段階を設定した(p.100, 表1)。レベル1の評価と介入が適切に十分行われれば、レベル2以降の介入を必要とするような心理的症状を予防することも可能である。また、各レベルは独立したものではなく、相互に関連している。そのため、各段階の医療者間のコミュニケーションが何より重要である。しかしながら、表8に示したように、医療現場で最も難しいコミュニケーションは医療者間のコミュニケーションである。常に互いに相手を尊重し、発言や行動する前に、相手の立場に立って物事を考えることが重要である。

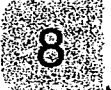
精神症状は高頻度に出現する一方、見落とされがちである。多忙な臨床現場では、チームで精神症状に対応することが有用な場合が多い。是非、患者の表情など些細な変化にも注意を向け、少しでも気分の心理的なストレスや気分の落ち込みが疑われた際には、「がん患者だから当たり前」、「もう少し様子を見てもいいのでは」などとは考えずに、できるだけ早く、積極的に緩和ケアチームや精神腫瘍医のコンサルテーションを利用していただきたい。多職種による支援により、患者と担当医のコミュニケーションを包括的に支えることができる。担当医が安心感をもって、診療にあたることが患者の心理的サポートにもつながる。

わが国においても、がん対策推進基本計画に基づいて、がん診療に携わる医師を対象とした緩和医療研修事業や、がんプロフェッショナル養成プランが計画されている。人材の育成を含め、サイコオンコロジーのより一層の普及・啓発が望まれる。

ここまで、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や不安といった心理的苦痛を経験する。そのため、がん医療に携わるすべての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) Kugaya A., et al. : Prevalence, predictive factors, and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88 : 2817-2823, 2000.
- 9) Okamura H., et al. : Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer ; prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61 : 131-137, 2000.
- 10) Uchitomi Y., Mikami I., Kugaya A., Akizuki N., Nagai K., Nishiwaki Y., Akechi T., Okamura H. : Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma ; a 3-month follow-up study. *Cancer*, 89 : 1172-1179, 2000.
- 11) Akechi T., 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.
- 12) Akechi T., et al. : Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 65 : 195-202, 2001.
- 13) Uchitomi Y., et al. : Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21 : 69-77, 2003.
- 14) Murakami Y., et al. : Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer*, 101 : 395-403, 2004.
- 15) Akechi T., et al. : Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, 22 : 1957-1965, 2004.
- 16) Okamura M., et al. : Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence : prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35 : 302-309, 2005.
- 17) 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.
- 18) Harris E.C., and Barraclough B.M. : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73 : 281-296, 1994.
- 19) 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.
- 20) Shimizu K., et al. : Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer*, 103 : 1949-1956, 2005.
- 21) Kugaya A., Akechi T., Okamura H., Mikami I., Uchitomi Y. : Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. *Psycho-oncology*, 8 : 494-499, 1999.
- 22) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision ; DSM-IV-TR. American Psychiatric Publishing 2000.
- 23) Okamura M., 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.
- 24) Newell S.A., 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.

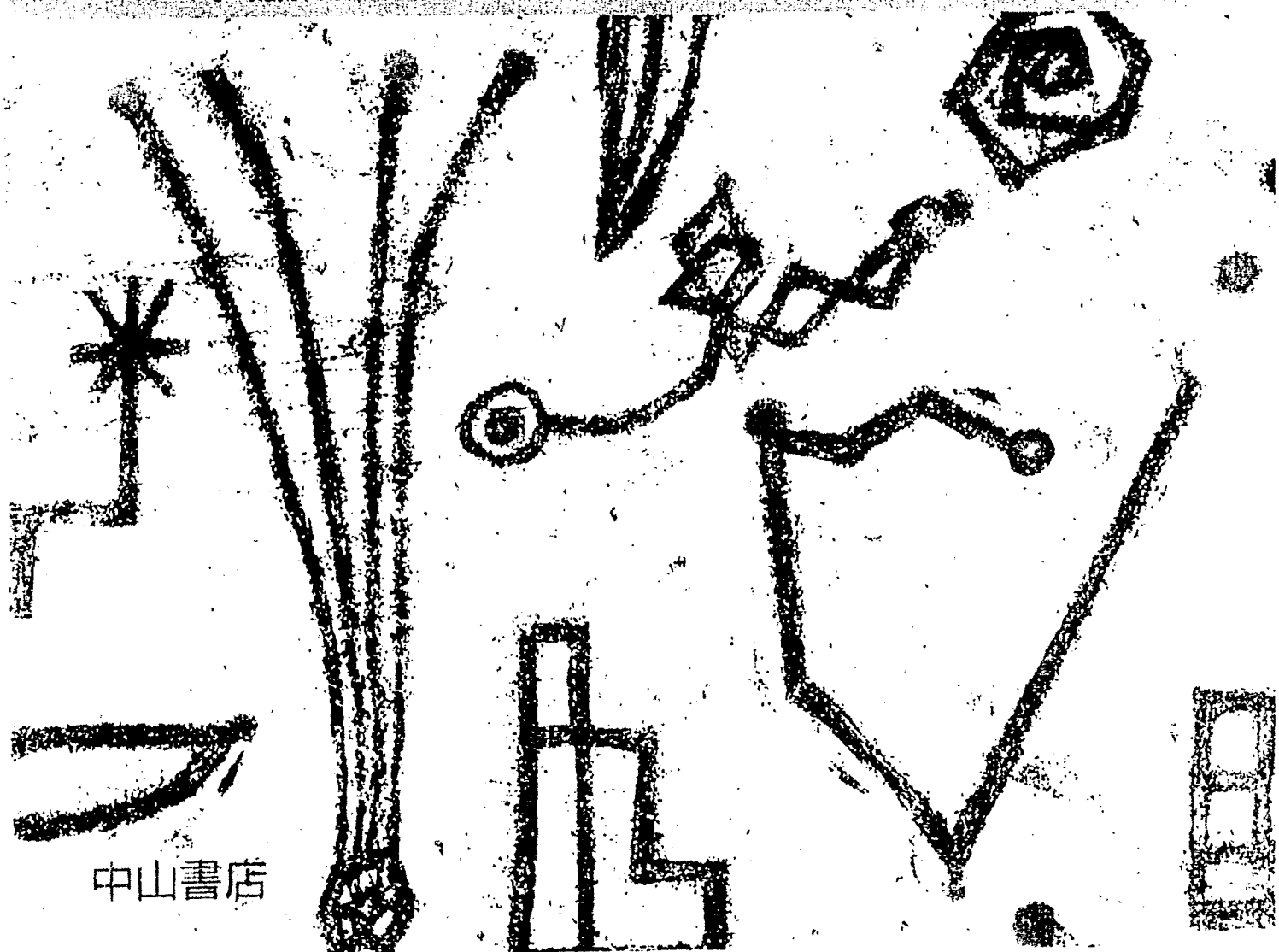
(藤森麻衣子, 小川朝生, 内富庸介)

NEW SERIES OF
PSYCHIATRIC
TREATMENTS

4

リエゾン精神医学と その治療学

担当編集●山脇成人



中山書店

本巻の編集協力

一瀬邦弘 東京都立豊島病院
内富庸介 国立がんセンター研究所支所
保坂隆 東海大学
堀川直史 東京女子医科大学

本巻の執筆者 (執筆順)

萬谷智之	広島大学	西村浩	東京慈恵会医科大学附属柏病院
井上真一	広島大学	西村勝治	東京女子医科大学
山脇成人	広島大学	平林直次	国立精神・神経センター武蔵病院
岸泰宏	University of Minnesota	渡辺俊之	東海大学
保坂隆	東海大学	山下仰	日生病院
福西勇夫	東京都精神医学総合研究所	山崎友子	武蔵野赤十字病院
青木孝之	東海大学八王子病院	岡島美朗	自治医科大学
松島英介	東京医科歯科大学	加茂登志子	東京女子医科大学
白石弘巳	東京都精神医学総合研究所	川本恭子	東京女子医科大学
内富庸介	国立がんセンター研究所支所	本橋伸高	東京医科歯科大学
秋月伸哉	国立がんセンター東病院	野村総一郎	防衛医科大学校
明智龍男	国立がんセンター研究所支所	飛鳥井望	東京都精神医学総合研究所
奥山徹	東海大学	助川鶴平	国立療養所鳥取病院
佐伯俊成	広島大学	堀口淳	島根医科大学
小池真規子	目白大学	一瀬邦弘	東京都立豊島病院
大庭章	国立がんセンター東病院	中村満	東京都立豊島病院
藤森麻衣子	国立がんセンター研究所支所	内山真	国立精神・神経センター精神保健研究所
三上一郎	国立病院四国がんセンター	久松徹也	国立病院東京医療センター
岡村仁	広島大学	高木洲一郎	自由が丘高木クリニック
諏訪浩	東京都立荏原病院	土井永史	東京都立荏原病院
堀川直史	東京女子医科大学	佐藤武	佐賀大学保健管理センター

精神科専門医のための
プラクティカル
精神医学

総編集●山内俊雄
編集●岡崎祐士／神庭重信／小山 司／武田雅俊

中山書店

Handbook of Practical Psychiatry

12. 身体に基因する精神疾患	白川 治, 人見佳枝, 西口直希	501
13. 脳に基因する精神疾患	中村雅之, 佐野 輝	505
14. 発達障害と小児期疾患	岡田 俊	509
15. てんかん	井上有史	515
16. 認知症	池田 学	523
17. 性の障害	加澤鉄士	528
18. 興奮状態への対応	杉山直也	531

メンターに聴く 「人間理解」の精神医学	柏木哲夫	537
----------------------------	------	-----

H. 臨床において考慮すべき問題

1. anger management	山本哲裕	539
2. 暴力からの被害の回避, 対処	澤 温	547
3. 医療事故・医療訴訟	松岡 浩, 浅田真弓	553
4. 身体拘束	中川 翼	560
5. 自殺	高橋祥友	565
6. 精神科における危機管理・安全対策	山本紘世	570
7. 精神科救急医療	川畑俊貴	576
8. コンサルテーション・リエゾン精神医学	堀川直史	583
9. 緩和ケア	内富庸介	588
10. 精神腫瘍学	大西秀樹	595
11. 静脈血栓症	中村 豊	600
12. 低栄養状態	杉田尚子	603

メンターに聴く 向精神薬の用法・		
用量をうのみにしないこと	渡邊昌祐	608
精神医学・医療の変遷	山下 格	612
日夜患者とともに生きる諸先生へ	三浦四郎衛	614
診療のメッセージ	福島 裕	616
ゼネラリスト精神科医をめざすこと	高橋三郎	618

III 法的知識

A. 精神保健福祉法一法に基づいた入院手続きと処遇	松原三郎	622
B. 心神喪失者等医療観察法	吉川和男	636
C. 成年後見制度	五十嵐禎人	641
D. 精神鑑定	山上 皓	646
E. 精神障害者に対する福祉制度	齋藤正美	652
F. 高齢者介護に関する法と施設	遠藤英俊	661

主な身体疾患における向精神薬使用上の注意点

個々の身体疾患における向精神薬使用上の注意点^{2,3)}は非常に多い。また、このような個別的な知識が実際にCLPの臨床を行う際には重要になる。このなかで、主にSSRIと非定型抗精神病薬について特に重要と思われる事項を表43にまとめた。

【文献】

- 1) 精神科治療学編集委員会(編). 精神科治療学19増刊号「リエゾンガイドライン」. 東京: 星和書店; 2004.
- 2) 堀川直史. 身体合併症のある場合の抗精神病薬治療. 日本精神神経学会精神疾患治療ガイドライン委員会(編). 統合失調症治療ガイドライン. 日本精神神経学会(印刷中).
- 3) 堀川直史. 身体合併症. 精神医学講座担当者会議(監). 気分障害治療ガイドライン. 第2版. 東京: 医学書院(改訂印刷中).

(堀川直史)

9. 緩和ケア

緩和ケアの定義

WHOが2002年に改定した緩和ケアの定義は、「生命を脅かす疾患に直面した患者・家族のQuality of Lifeを改善すること。診断から終末期そして喪の時期に至るまで、痛みなどの症状緩和やスピリチュアル・心理社会的サポートにより達成される」とある。主な変更点は、これまでの対象時期が「治療に反応しなくなった状態」であったので、いわゆる終末期を強調しなくなったことである。わが国のがん対策基本法(2007)は新しい定義を採用し、図9のように、癌の診断に始まり、初期治療、再発、治療中止、終末期まで切れ目なく緩和ケア(遺族ケアを含む)がすべての患者・家族に提供されることが目標となった。

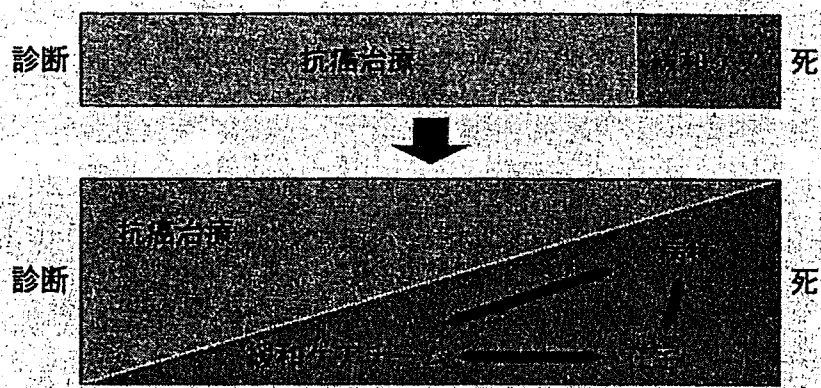


図9 緩和ケアの概念 (WHO)

現在、癌で亡くなる年間 32 万人の約 95 % は病院施設で死を迎えているが、緩和ケアの牽引役となる緩和ケアチームと緩和ケア病棟（1992 年より診療報酬化）は、2007 年 7 月現在、緩和ケア診療加算のチームが 87 施設、緩和ケア病棟が 181 施設、3,498 病床に達し、急速に展開している。ホスピス発祥地の英国では、1976 年に病院内緩和ケアチームがスタートし、1999 年には 340 チームに達した。2002 年、英国の Higginson らは、緩和ケアチームの有効性に関するメタアナリシスの結果を報告し、痛みなどの身体症状に限っての緩和は達成されているようだが、精神面の緩和は十分ではないと述べており、精神科医をはじめとした精神保健の専門家の参画が十分でないようである¹⁾。精神科医を必須とするわが国の緩和ケアチームは独自の試みである。

緩和ケアの臨床において指針となる、英国 National Health Services (NHS)-National Institute for Clinical Excellence (NICE) で作成された癌患者の支持・緩和ケアマニュアルを参照しながら、考慮すべき問題について触れる^{2,3)}。

NICE 支持・緩和ケアマニュアルにおける心のケアの 4 段階

英国 NHS-NICE マニュアル³⁾ は、各医療領域で EBM を実践すべく作成されており、癌患者の心のケアの指針はマニュアル（74～85 頁）に詳述されている。表 44 のように、心の負担を通常レベルから重度の精神状態 / 疾患まで 4 つの段階に分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアを記している。これはあくまでも英国の医療リソースを反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないので、各施設の事情に応じて柔軟に役割分担を確認する。