

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内富庸介	精神的サポート	今井浩三	看護のための最新医学講座 [第2版] 第24巻腫瘍の臨床	中山書店	東京	2008	295-307
内富庸介、他	サイコオンコロジーとチーム医療	上島国利、樋口輝彦、野村総一郎、大野裕、神庭重信、尾崎紀夫	気分障害	医学書院	東京	2008	610-615
小早川誠	がん患者の精神医学的問題		今日の治療指針 2008年版	医学書院	東京	2008	753-754
大西秀樹	がん患者の心を救う	大西秀樹	がん患者の心を救う	河出書房新社	東京	2008	
大西秀樹	女性のがん 心のケア	大西秀樹	女性のがん 心のケア	土屋書店	東京	2008	
内富庸介	リエゾン精神医学とその治療学	山脇成人	新世紀の精神科治療	中山書店	東京	2009	
内富庸介	緩和ケア	岡崎祐士、神庭重信、小山司、武田雅俊	精神科専門医のためのプラクティカル精神医学	中山書店	東京	2009	588-594
内富庸介	心のケアとは 通常反応・危機介入 コミュニケーション	小川朝生、内富庸介	緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門	医薬ジャーナル社	東京	2009	16-53
内富庸介、他	続・がん医療における コミュニケーション・スキル	内富庸介、藤森麻衣子	実践に学ぶ悪い知らせの伝え方	医学書院	東京	2009	
平井啓	問題解決療法の紹介	ローレンス・マイナーズ-ウォールズ	不安と抑うつに対する問題解決療法	金剛出版	東京	2009	7-16
大西秀樹	がん患者の精神的問題	山口徹、北原光夫、福井次矢	今日の治療指針	医学書院	東京	2009	752
大西秀樹	緩和医療	樋野興夫、齊藤光江、唐沢久美子	講義録腫瘍学	メジカルレビュー社	東京	2009	78-81

大西秀樹	せん妄がおこったら	平原左斗司	チャレンジ在宅がん緩和ケア	南山堂	東京	2009	98-106
------	-----------	-------	---------------	-----	----	------	--------

雑誌（外国語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences.	J Pain Symptom Manage	34	579-89	2007
<u>Namba M, Morita T, Hirai K, et al</u>	Terminal delirium: families' experience.	Palliat Med	21	587-594	2007
<u>Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients?	Palliat Support Care	5	3-9	2007
<u>Asai M, Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan.	Psychooncology	16	421-428	2007
<u>Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence: feasibility study.	Psychooncology	16	517-524	2007
<u>Fujimori M, Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al</u>	Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news.	Psychooncology	16	573-581	2007
<u>Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news.	Psychooncology	16	617-625	2007
<u>Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients.	Psychooncology	16	888-894	2007
<u>Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery.	J Pain Symptom Manage	34	575-578	2007
<u>Kawanishi C, Onishi H, et al.</u>	Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients	Palliative & Supportive Care	5	351-354	2007
<u>Onishi H, et al</u>	Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants.	Palliative & Supportive Care	5	411-414	2007
<u>Kato D, Onishi H, et al</u>	Effects of CYP2D6 polymorphisms on neuroleptic malignant syndrome.	Eur J Clin Pharmacol	63	991-996	2007

<u>Akechi T, Hirai K, Okuyama T, et al</u>	Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations.	Jpn J Clin Oncol	38	867-70	2008
<u>Asai M, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan	Palliat Support Care	6	225-230	2008
<u>Motohashi N, Uchitomi Y, et al</u>	Revised psychopharmacological algorithms for the treatment of mood disorders in Japan	Int J Psychiat Clin Pract	12	11-18	2008
<u>Nakaya N, Uchitomi Y, et al</u>	Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients	Psychooncology	17	466-73	2008
<u>Okamura M, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer	Psychooncology	17	154-60	2008
<u>Okuyama T, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study	J Pain Symptom Manage	35	515-23	2008
<u>Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al</u>	Marital status and non-small cell lung cancer survival: the Lung Cancer Database Project in Japan	Psychooncology	17	869-76	2008
<u>Shimizu K, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program	Palliat Support Care	6	29-32	2008
<u>Akechi T, Okuyama T, Morita T, et al</u>	Psychotherapy for depression among incurable cancer patients.	Cochrane Database Syst Rev		CD005537	2008
<u>Hirai K, et al</u>	Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry inventory.	Psychooncology	17(12)	1172-9	2008
<u>Sunakawa Y, Onishi H, et al.</u>	A case report of respiratory akathisia in cancer patient	Palliative & Supportive Care	6	79-81	2008
<u>Nishida T, Onishi H, et al</u>	Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient	Palliative & Supportive Care	6	183-185	2008
<u>Sagawa R, Akechi T, Okuyama T, et al</u>	Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients.	Jpn J Clin Oncol	39	175-82	2009
<u>Nakaya N, Uchitomi Y, et al</u>	Mental vulnerability and survival after cancer	Epidemiology	20	916-20	2009
<u>Fujimori M, Uchitomi Y, et al</u>	Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review	Jpn J Clin Oncol	39	201-16	2009

<u>Akechi T, Uchitomi Y., et al</u>	Psychosocial factors and survival after diagnosis of inoperable non-small cell lung cancer	Psychooncology	18	23-9	2009
<u>Akechi T, Uchitomi Y., et al</u>	Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria	Gen Hosp Psychiatry	31	225-32	2009
<u>Matsumoto Y, Shimizu K, Uchitomi Y, et al</u>	Suicide Associated with Corticosteroid Use During Chemotherapy: Case Report	Jpn J Clin Oncol	40	174-76	2010
<u>Shimizu K, Uchitomi Y, et al</u>	Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice	Psychooncology			in press
<u>Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients	Psychooncology			in press
<u>Shimizu K, et al</u>	Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice.	Psycho-Oncology			In press
<u>Ishida M, Onishi H, et al.</u>	Bereavement Dream? - Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression	Palliative & Supportive Care			in press
<u>Wada T, Onishi H, et al</u>	Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients.	Palliative & Supportive Care			in press

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>佐川竜一, 奥山徹, 明智龍男</u>	せん妄の向精神薬による対症療法.	精神科治療学	22	885-891	2007
<u>内富庸介</u>	がんに対する通常の心理的反応	腫瘍内科	1	311-316	2007
<u>内富庸介</u>	がん対策基本法	精神医学	49	564-565	2007
<u>内富庸介</u>	精神腫瘍学の臨床・教育経験から	日本がん看護学会誌	21	130-132	2007
<u>清水研, 他</u>	癌患者に対するメンタル・サポートの方法は？	JOHNS	23	2	2007
<u>小早川誠, 他</u>	がんといわれたら	からだの科学	253	132-135	2007

明智龍男, 森田達也, 他	看取りの症状緩和パス：せん妄	緩和医療学	9	245-251	2007
大西秀樹	「緩和ケアチーム」精神科医ができること、何が期待されているのか?	精神医学	49	897-899	2007
西田知未, 大西秀樹, 他	入院がん患者における薬剤性せん妄のリスク	精神科治療学	22	970-971	2007
内富庸介, 他	がん患者の精神症状マネジメントとコミュニケーションスキル 緩和ケアチームにおける精神医学の技術の効用 精神腫瘍学の臨床・教育経験から	臨床精神薬理	11	768-76	2008
内富庸介	がん医療における家族への配慮	ナース専科	29	92-5	2008
内富庸介	サイコオンコロジー総論	日本病院薬剤師会雑誌	44	1748-50	2008
内富庸介	がん患者の心の痛み：Psycho-Oncologyの臨床実践	慢性疼痛	27	17-21	2008
内富庸介	がん患者さんが陥りやすい抑うつ状態にどうかかわるか	ナース専科	28	96-9	2008
内富庸介	がんに対する心の反応を理解しよう	ナース専科	28	100-3	2008
内富庸介	がん医療における心のケアとコミュニケーション	医薬の門	48	2 (226) -8 (32)	2008
内富庸介	Psycho-Oncologyの臨床応用について	Pain Clinic	29	1004-5	2008
平井啓, 他	【緩和医療における精神症状への対策】 がん患者に対する問題解決療法.	緩和医療学	10	37-42	2008
大西秀樹	がん医療における精神腫瘍学的な問題とその対応について	精神神経薬理	11	761-767	2008
大西秀樹, 他	精神腫瘍外来	精神科治療学	23	1097-1102	2008
大西秀樹, 他	サイコオンコロジーの臨床	精神科	13	94-98	2008
大西秀樹	がん患者にみられるせん妄-その原因と臨床症状-	看護技術	14	1506-1508	2008
大西秀樹	がん患者の適応障害、うつ病、せん妄の病態	日本病院薬剤師会雑誌	44	1751-1753	2008
明智龍男	がん患者の抑うつと自殺	日本精神科病院協会雑誌	28	13-16	2009
明智龍男	非専門家がうつ病患者を見つけたとき、専門家につなげる一言.	Depression Frontier	7	77-81	2009
明智龍男	がん医療における適応障害と精神療法	緩和ケア	19	205-209	2009
大西秀樹	サイコオンコロジーの基本的知識	診断と治療	11	54-59	2009
内富庸介, 他	SHARE一癌医療におけるコミュニケーション技術	Trends in Hematological Malignancies	1	34-38	2009

内富庸介	がん医療における家族への配慮	ナース専科	29	92-95	2009
内富庸介	サイコオンコロジー総論	日本精神科病院協会雑誌	28	6-12	2009





200925007B (2/2)

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 19～21 年度 総合研究報告書 業績集

研究代表者 明智 龍男

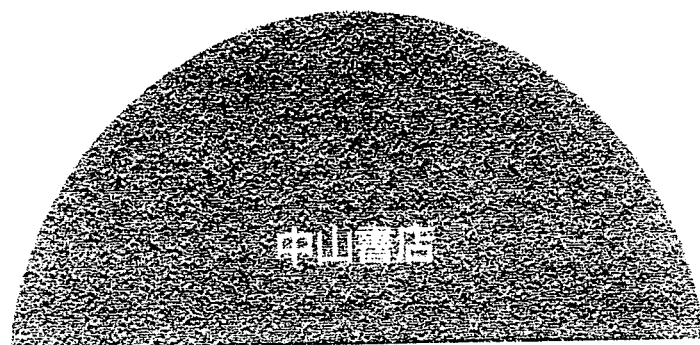
平成 22 (2010) 年 3 月

SYMPHONIA  
MEDICA  
NURSING



看護のための  
最新 医学講座 [第2版]  
第24卷  
腫瘍の臨床

監修 日野原重明・井村裕夫  
監修協力 岩井郁子・北村 聖  
編集 今井浩三



中山書店

参考文献

- 1) 恒藤 暁ら編：系統看護学講座別巻10緩和ケア、東京：医学書院；2007. p.1-289.
- 2) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル、第5版、大阪：最新医学社；2007. p.1-275.
- 3) 厚生労働省・日本医師会監修：がん緩和ケアに関するマニュアル、改訂第2版、埼玉：(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団；2005. p.1-76.
- 4) 武田文和監訳：トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント、東京：医学書院；2003. p.1-492.
- 5) 恒藤 暁：最新緩和医療学、大阪：最新医学社；1999. p.1-299.

## ● 精神的サポート

まず、癌患者の精神的サポート（評価とサポート）の枠組みを大まかに分類して目星をつけることを目的に、英国NHS-NICE癌患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する（表10）。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情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ことに十分留意されたい。

ここで、癌医療における看護師の役割を第1段階からみていくと、まず患者の心理的ニード評価である。これはわが国ではまず問題ないだろう。次に、疑わしいと思ったときの専門家への相談。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談せずに抱え込んでいないだろうか。ケアとしては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）となる。第1段階に位置づけられているが、共感に至難の業である。

第2段階は、専門看護師レベルとある。わが国では認定・専門看護師の一部となるのだろうか。癌の診断時、治療時、再発時、抗癌治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ、その際にスクリーニングを行う。ケアとしては、心配や気持ちを聞きながら信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する。これにはある程度の研修は必須である。そして、生活に支障をきたす程度の心の負担（適応障害）やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する。

第3段階は、軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ精神看護専門

表 10 癌患者の心理学的評価とサポートの4段階

第1段階 (すべての医療スタッフに必須の評価とケア)

- ・心理的ニーズの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談
- ・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) である。

第2段階 (精神保健従事者に若干の訓練を要する評価とケア)

- ・スクリーニング; 癌の診断時、再発時、治療中止時などストレスが高まる際
- ・危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する
- ・対象: 専門看護師、ソーシャルワーカー、英国では General Practitioner.

第3段階 (精神保健専門家による診断と治療)

- ・評価・診断: 軽度~中等度の不安、うつ、怒りなど
- ・治療: 不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題解決、重度は専門家へつなぐ
- ・対象: 訓練を受けたカウンセラー

第4段階 (精神保健専門家による診断と治療)

- ・診断: 重度のうつ病、せん妄、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行為など
- ・治療: 中等度以上の精神疾患の治療、認知行動療法
- ・対象: 精神科医、臨床心理士

\*これはあくまでも英国の医療事情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ことに十分に留意されたい。

(英国がん患者の支持緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004.)

看護師 (リエゾン)、臨床心理士相当だろうか。わが国では看護師が引き受けざるをえない。高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第4段階は、精神医学的診断のもと、重度のうつ病、せん妄、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法である。ほとんどが精神科医、博士号取得の臨床心理学者であろう。

わが国でも、患者のQOLや自己決定権を尊重する風潮が高まり、また癌に関するあふれんばかりの情報のなかにあってより良い医師-患者関係を築くためには、医師と患者がコミュニケーションなしに癌治療を進めることは困難になってきている。そこで、インフォームドコンセントを前提とした癌医療をふまえて、癌に対する患者の通常の精神的反応、最も多く観察される不安・抑うつ・せん妄などの精神症状に対するケア、カウンセリングを中心に概説する。

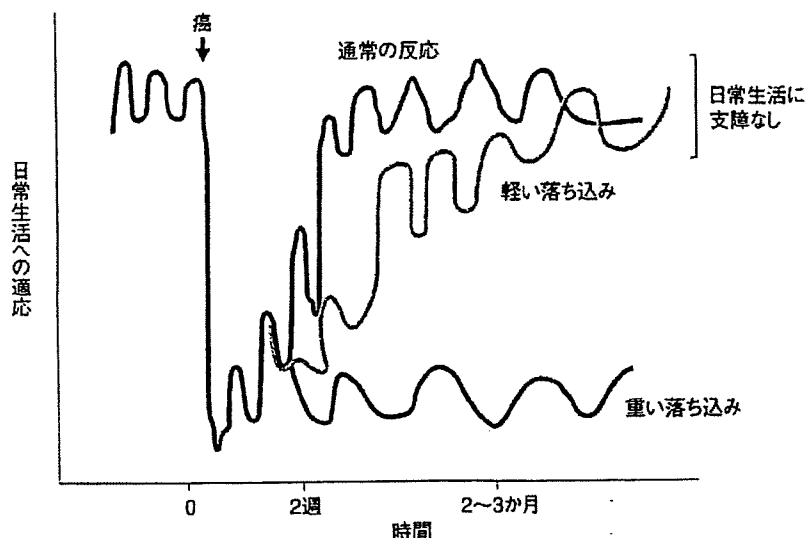
## 癌に対する患者の通常反応

癌告知された患者に精神的ケアを試みる場合、癌に関する情報を伝えられた後の通常の精神的反応を前もって知っておく必要がある(図21)。悪い知らせの後には、多かれ少なかれそのつど衝撃を受け、一時的に日常生活に支障をきたす。以下、癌の臨床経過に沿って癌患者の通常反応について説明する。

### 癌の症状自覚

癌を疑う症状を自覚したときから患者の心理的反応は始まる。癌

図21 癌とわかってからの心の変化



多くの患者は、見かけ上日常生活に支障をきたさない範囲に2週間以内で回復する。一部は、適応障害に相当する軽い落ち込みを経験し、5%程度うつ病に相当する重い落ち込みを経験する。

の疑いを誰もが否認するが、不安がもともと高い人や、癌は治らないという考えや自分の健康に関して強い信念をもっている人などは、医療機関の受診が遅くなる。“受診の遅れ”を減らすためには癌に対する恐怖に満ちた先入観を減らし、正しい知識を提供することが重要である。

### 癌の検査

検査中は、大丈夫だという思いと最悪の場合を恐れる気持ちとの間を揺れ動く。見慣れぬ機械に囲まれて検査を受ける患者にとって、医師や技師の一挙手一投足が大きなストレスとなり、心理的配慮は非常に重要である。この時期の患者は理解力が落ちていたり、一方でちょっとしたスタッフの会話に過敏になったりすることを銘記しておくべきである。また、得られた検査の結果を早めに伝えることも重要である。

### 癌の診断

いわゆる“癌告知”への患者の心理的反応については多くの研究がなされている。わが国では癌告知はまだ一般的ではないが、癌を知ることで信頼関係に基づいた医療が行え、また患者自身もより有意義に人生を送ることができると思える医療者は増えている。

癌という生命の危機への最初の防衛機制は否認である。後から患者はこのときの衝撃を「頭が真っ白になった」と表現することもある(表11)。その後、「もう駄目だ、治療しても無駄だ」と絶望感や

表 11 癌という診断に対する通常反応

	症状	期間
第1相：初期反応	ショック 「頭が真っ白になった」 否認 「癌になるはずがない」 絶望 「治療しても無駄だ」	2～3日
第2相：不快	不安・抑うつ気分 食欲不振・不眠 集中力の低下・日常生活への支障	1～2週間
第3相：適応	新しい情報への適応 現実的問題への直面 楽観的見方ができるようになる 活動の再開・開始	2週間で開始

(Massie, 1990を改変.)

挫折感を感じる。この時期は患者は強い衝撃を受けており、医師の説明は理解されていないこともあるので、治療計画などを伝えるには個別の配慮が必要である。普通、この時期は2～3日続く。

その後、混乱・不安・恐怖・悲哀・無力感・絶望感などとともに、不眠・食欲不振などの身体症状や集中力の低下が起こり、日常生活に支障をきたす場合もある。しかし、1週間～10日でこの状態は軽減し、癌治療を受ける準備など、適応の努力が始まる。このような精神的動揺はむしろ通常範囲内であることを伝えることで、患者はひとまず安心する。

適応し始めると、患者は情報を整理し、現実の問題に直面することができるようになり、楽観的な見方もできるようになる。

### 初期治療

癌の初期治療は予後に最も大きく影響する\*1。患者は治療のネガティブな側面は特に記憶に残りにくいため、情報の伝え方やその後の理解の仕方の確認は重要である。また、癌の治療はつらい、生命を縮めかねない危険なものというイメージも強く、治療を待つ間の不安も非常に強い。具体的には治療の手順、予期される副作用やその対策を伝えることが不安を低下させる。その治療の経験者に話をしてもらうことは、癌患者に強く感じられる疎外感の緩和にも有効である。

手術は、現在でも一部の癌を除き、治癒を望める唯一の治療法であるが、機能障害や外見上の変化をもたらし、その程度は適応を大きく左右する。全身麻酔に対し強い恐怖を抱く患者もいる。

化学療法には種々の副作用があるが、なかでも悪心・嘔吐は行動学的に条件づけされやすく、化学療法を連想させる病院や医療スタッフに接しただけで悪心・嘔吐を示す患者もいる（予期的嘔吐）。治療前からリラクゼーションの練習を行って、ある程度自分で症状を

#### ★1

標準的治療法が確立されている場合と、いくつかの選択肢のなかから治療法を選ばなければならない場合がある。

コントロールする試みも予期的嘔吐に対し効果的である。脱毛・肥満など外見を変化させる副作用は患者の自尊心を低下させ社会活動を減少させるため、対策が必要である。

放射線療法は、被曝および化学療法と同じく手遅れの治療というイメージからくる恐怖が強い。これらの治療に耐える力を患者に与えるために、スタッフは積極的に情報や援助を与える必要がある。

初期治療終了後、患者は集中的な医療から離れ、日常へ戻っていくわけだが、つらい治療であったにもかかわらず、「残っていた癌が大きくなるのではないか」、「治療の手をゆるめることで再発するのではないか」といった恐怖を抱く。また、健康な人のなかに戻っていくことは、機能障害や外見上の変化が喪失として強く認識される。身体の喪失は少なくとも、癌患者ということで家庭や社会での役割が修正され、疎外感を感じ、多少抑うつ的となる。時間が経つにつれ、不安・恐怖は弱まり再適応していくが、患者は再発発見のために長期間通院しなければならず、定期検査のたびに不安は高まる。この時期には自助グループや癌に関する教育などの援助が有益である。

## 再発

一部の患者は再発を経験する。再発を告げられた患者の反応は診断時のそれとほぼ同様であるが、よりいっそう深刻である。現実的に、死を間近に意識させられる。しかしながら、わが国の医療現場での大きな問題ではあるが、この気まずいステップをとばしてしまう傾向がある。お互いに悪い知らせに封をしたいからである。

治癒を目標とした治療が不成功に終わったことを、医療者は患者とともに受け入れる必要がある。わいてくる怒りや、痛みなどの苦痛、見放されることへの恐怖が生じるが、かえって不確実さからは解放される。スタッフは希望を与えつつ、人生の課題の優先順位をつけることなど多くの重要な選択を援助し、今後も治療を継続していくこと、苦痛はコントロールできることを積極的に伝えなければならない。再発時の精神的動揺は、再発を予期していなかった患者においてより強い。このことから、初期治療終了後の医学的な教育が必要であるといえる。

## 進行期

病状が次第に進行してくると、種々の症状のために日常生活が制限される。患者の精神状態はその日その日の体調により大きく変化するため、症状コントロールは非常に重要である。自力でできないことが増えるにつれ、人に頼ることへの心理的苦痛も増してくる<sup>★2</sup>。日本人は他人に言葉で頼むことが苦手である。一方で身近な人（付

### ★2

欧米では自殺補助を望む理由として、自立できなくなるにより人に依存せざるをえなくなることの苦痛があげられている。ある意味で、人間の最も苦痛と感じられるものなのである。



★3

これまでになく精力的になったり無謀な活動を始めることを牛島(1990)は躁的防衛として指摘している。



き添い、同室者、担当スタッフなど)との人間関係が患者の生活を左右するため、見捨てられることへの不安が強くなり、患者は非常に従順となる。

より近づいてきた死に対する防衛機制として、否認がしばしば用いられ、癪がまるで念頭にないかのような言動として現れることがある\*3。

患者のこのような態度と時間が残り少ないことに焦る周囲との間にギャップが生じるが、ある程度はやむをえず行っている反応として受け入れる必要がある。退行、否認はある意味で幼少時の行動、親子の関係に似ていて、ふさわしく自然な場合もある。

スタッフは患者に対してできることが少なくなるにつれて、困惑・罪悪感・無力感を感じることもあるが、患者のもとを訪れ続け、常にそばにいる感覚を与えることが重要である。

### 症状緩和

再発・進行癌に対する積極的治療から症状緩和治療への移行に関してのインフォームドコンセントは、緩和ケア病棟・ホスピスでのケアを希望する患者を除いて、わが国ではきわめてまれである。また、医療者自身も方針変更に無意識に抵抗し、無意味な治療を継続する場合がある。多くの場合は、抗癌治療の内容が徐々に減り、終末期への移行が始まる。

### 終末期

「終末期」は、予後がおおむね6か月とみなされる時期とするのが一般的である。終末期には孤独、自制を失うこと、身近な人とのつながりを失うこと、身体機能を失うことなど多くの喪失が待ち受けている。ここで注意したい点は、終末期患者は「死」そのものを恐れているというよりも「どうせ死ぬのだから、価値がないから、見捨てられているのではないか」という見捨てられ不安を抱きやすくなっていることである。

孤立感を増す原因は病院にもある。多くの病院・病棟・病室は、急性の病気の“患者”を効果的に治療できるようにつくられていて、使用されることはないと思われる最先端の医療機器に囲まれた病室に死にゆく“人”がいることに、患者自身も居心地の悪さを感じている。治癒できる急性期の患者が大半を占める病棟では、治癒できないことは敗北に等しいと感じられてしまうこともある。また、死にゆく人のケアを意識しながらも、急性期の患者の処置に追われることに負い目を感じている医療者もいる。わが国の病院では、「死にゆく患者」は何かしら特別なものであると感じられてしまう。患者



は医療者のこのような感情を敏感に感じ、孤立感を増す。

終末期には特に「孤立させないこと」「個別性を尊重すること」の重要性が多くの専門家によって繰り返し指摘されている。したがって、標準化された対応というものはないが、死にゆく「人」が「終末期・癌・患者」として個別性を無視されたように扱われたと感じないための配慮が必要である。これまで疾患の治療を通してかかわってきた患者と家族に対して、医療者は死にゆく病をかかえた人と家族として個別性をさらに意識してかかわる必要がある。医療者对患者ではなく、人対人である。

具体的には患者の生活歴などをオープンにすることが糸口となる\*4。個人の過去・現在を共有することで、「終末期・癌・患者」として扱われることが少なくなるし、ごく普通に患者と接することができ、未来への関係が作りやすくなる。

## 不安・抑うつ・せん妄などの精神症状に対するケア

精神症状は、正常と異常の見極めが難しい。一般に、「癌だから当たり前だ」として医療者側が尋ねないと精神症状は問題とならないことが多い。身体の痛みと同じである。インフォームドコンセントを前提としたQOL向上をめざした医療を推進していくうえで、不安・抑うつ・せん妄を想定してきちんと対応していく意義は大きい。

### 不安・恐怖

心配、恐れ、不安はすべての癌患者に必ず生じている。癌の症状や死に関連する通常レベルの不安から病的なものまで幅が広い。特に言動に現れないと不安の評価は容易でない。不安・恐怖は遷延したりコントロールできなくなると著しくQOLを損なうので、適切に評価し治療することの意義は大きい。

#### 疫学

病的な不安の有病率は、対象や状況によって変わるが、一般地域住民で8%、生涯有病率：10～25%、内科外科患者：10～30%、癌患者：10～40%である。終末期癌患者の不安は、反応性（適応障害）が最も多く、時にパニック障害もみられる。

#### 原因 (表12)

状況によるもの、疾患によるもの、治療によるもの、既存の不安障害に分類される。

#### 評価

不安は心理症状としてだけでなく、身体症状として訴えられることも少なくない。常に日常の会話のなかで繰り返し確認されなけれ

#### ★4

たとえば、死にゆく患者に足が遠のくスタッフに、「かつて彼は国体選手だった」とか「彼女は15人もお孫さんがいる」といった情報を知らせる。なにも輝かしい過去をということではなく、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことやつらくてもがんばってきた生涯などを知ると、社会的存在としての個人の歴史をふまえたうえでのかかわりが維持できる。

表12 癌患者の不安の原因

#### 状況

癌の検査、診断、治療選択、治療の終結、死など、家族との別れ、経済、身体機能の喪失、自律性の喪失

#### 疾患

痛み、呼吸困難感、悪心、せん妄、ホルモン産生腫瘍など

#### 治療

ステロイド薬、抗精神病薬や制吐薬によるアカシジア、精神刺激薬、アルコールや抗不安薬の離脱、化学療法薬に伴う予期不安など特殊なもの

既存の不安障害、身近な人を癌で亡くした経験

表 13 癌患者の不安の  
治療

患者教育
癌や治療に関する理解を確認し、適切な情報を提供する
カウンセリング（支持的精神療法）
現実に可能な範囲で励まし、保証、その人なりの病気との取り組み方で困難を乗り越えていけるよう支持する
行動療法
リラクゼーション、自律訓練法など
薬物療法
ベンゾジアゼピン系抗不安薬（アルプラゾラム、ロラゼパム、ジアゼパム）、時に抗うつ薬や抗精神病薬

表 14 癌患者のうつ病  
の原因

状況
癌の検査、診断、治療選択、治療の終結、死など、家族との別れ、経済、身体機能の喪失、自律性の喪失
疾患
痛み、癌の進行度、せん妄、ホルモン産生腫瘍、脳腫瘍など
治療
ステロイド薬、インターフェロン、硝酸ビシクリンなどの化学療法薬
既存の抑うつ

## ★5

医師・看護師ともに重症抑うつ患者の約13%程度しか評価できなかったという報告がある。

ばならない。

不安は身体症状（動悸、発汗、過呼吸、悪心、ふるえ、頭痛、疲れやすい、集中困難など）と心理症状（不眠、いらいら、過覚醒、不穏など）から成る。さらに、抑うつと合併することが多いので、必ず同時に評価する必要がある。

## 治療

患者教育、カウンセリング（後述）、行動療法、薬物療法などを組み合わせて行う（表13）。もちろん、疾患や治療に関連した不安は原因に応じた治療を行うのが原則である。

## 抑うつ

悲しみ、悲嘆、落ち込みもすべての癌患者に生じる。しかし、いづれも落ち込んで、悲嘆にくれているわけではない。また一方で、病的な抑うつはきちんと区別して対処しなければならない。「癌だから落ち込んで当たり前だから」と気持ちをたずねられるのが手控えられることがあるからである。終末期癌患者の抑うつの評価は特に難しく、見過ごされる場合が少なくないので、適切に評価し、患者、家族に十分に説明をしたうえで治療することの意義は大きい。

## 疫学

抑うつの有病率は、一般地域住民で2～4%、生涯有病率：4～7%、一般外来患者：5～10%、内科入院患者：6～14%、癌患者：6～42%である。癌患者の抑うつは、反応性（適応障害）が最も多く、うつ病が続く。

## 原因（表14）

状況によるもの、疾患によるもの、治療によるもの、既存の抑うつに分類される。ほかに一般的な危険因子として、女性、若年、サポートが乏しい、貧困、独身、家族歴、負のライフイベント、都市部、悪い生育環境があげられる。

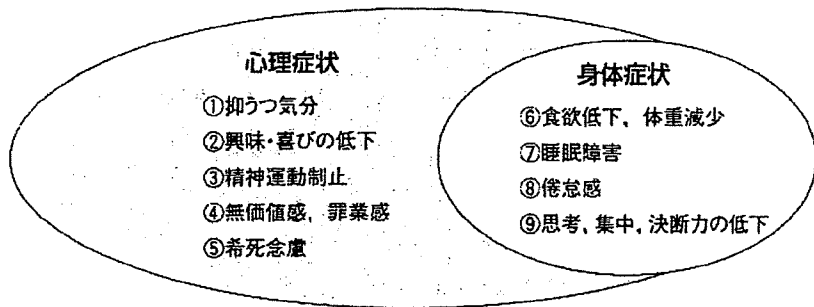
## 評価（図22）

うつ病の診断基準に身体症状と心理症状があるために、癌の症状と重複してうつ病を高く見積もる可能性があるが、臨床的には見過ごすことを回避するため重複した身体症状も含めて診断する。抑うつは重症となるほど見過ごされやすい\*5。鑑別が難しく対応に困るときには精神科医など専門家に相談し、医療チームに入ってもらったりするとよい。

## 治療

患者教育、カウンセリング、薬物療法などを組み合わせて行うが、うつ病の場合は抗うつ薬が必要となる（表15）。三環系抗うつ薬は口渴・便秘などの副作用に気をつけながら効果を待たないといけない

図22 うつ病の診断基準 (DSM-IV) と癌による症状



うつ病の診断は、①抑うつ気分、もしくは②興味・喜びの消失のいずれかが2週間以上持続し、診断項目の9項目中5項目を満たすことが必要である。反応性の抑うつ（適応障害）は、うつ病の診断に準じる。

ので扱いが難しい。最近の抗うつ薬SSRIは、その点が改善されてきた。もちろん、疾患や治療に関連した抑うつは原因に応じた治療を行うのが原則である。うつ病が重症の場合はベンゾジアゼピン系抗不安薬は使用しない。

### せん妄

終末期には、ほとんどの患者に多かれ少なかれせん妄が訪れる。せん妄は軽度の意識混濁に多彩な精神症状を伴った急性の脳機能不全である。時に、幻覚、妄想のため人格が損なわれた言動が出現するため、患者のみならず家族にも大きな心の傷を残す。せん妄を早期に評価し、家族に十分説明したうえで適切に対応することは非常に重要である。

#### 疫学

癌患者のせん妄の有病率は10%未満だが、終末期では30～80%に認められる。終末期には興奮しないタイプのせん妄（不活発型）が多くなるが、このタイプは治療への反応は悪い。せん妄は進行癌であっても可逆的であるが、死亡前24～48時間では不可逆となる。

#### 原因と評価基準 (表16,17)

疾患によるもの、治療によるもの、既存の疾患に分類される。

#### 治療

せん妄の原因となる身体状態（電解質変化など）の改善、薬剤の中止、感染などの治療が前提である。

家族の付き添いなど常にそばに人がいて患者にとって安心できる保護的環境をつくることも重要である。見当識が良くなるよう部屋の明かり、時計、慣れている絵画など部屋の環境を整える。拘束感を与える点滴ライン、導尿などは可能な範囲で控える。

不安や抑うつと鑑別が難しく対応に困るときには精神科医など専

表15 癌患者のうつ病の治療

#### 患者教育

癌や治療に関する理解を確認し、適切な情報を提供する

#### カウンセリング（支持的精神療法）

現実に可能な範囲で励まし、保証、その人なりの病気との取り組み方で、困難を乗り越えていけるよう支持する

#### 薬物療法

三環系抗うつ薬（塩酸ノルトリプチリン、塩酸アミトリプチリンなど）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬（アルプラゾラムなど）、時に抗精神病薬

表16 癌患者のせん妄の原因

#### 疾患

多臓器不全、Na、K、Caなどの電解質異常、貧血、低酸素症、感染症、痛み、癌の進行、ホルモン産生腫瘍、脳腫瘍など

#### 治療

モルヒネ、ステロイド薬、インターフェロンほか薬剤、アルコールや抗不安薬の離脱

既存の疾患：認知症など

表 17 せん妄の診断基準 (DSM-IV)

- A. 注意集中、維持、転導する能力の低下を伴う意識の障害
- B. 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
- C. その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間~数日)、一日のうちで変動する傾向がある
- D. 病歴、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

表 18 癌患者のカウンセリングの目標

- ・抑うつ・不安・恐怖・疎外感・孤立感↓
- ・闘病意欲↑
- ・自己評価、自尊心↑
- ・自己統制力↑
- ・問題解決能力↑
- ・症状に対処する能力↑

(Worden JW, et al: Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 1984; 6: 243-249 より改変.)

★6

国立がんセンター東病院では、癌に対する通常反応を説明した精神科紹介パンフレットを作成・配布して患者教育に努めている (配布元 <http://pod.ncc.go.jp/>)。

門家に相談するとよい。

薬物療法を行う場合、抗精神病薬のハロペリドールは選択的ドーパミン拮抗薬であるため、血圧降下、抗コリン作用などの循環器系副作用がまれで第一選択薬として推奨される。

鎮静が必要な場合、クロルプロマジンを使用する。緊急の鎮静が必要な場合、ベンゾジアゼピン系薬剤の併用により一時的に鎮静は得られるが、意識障害の改善に対してはまったく効果がないので、死亡直前以外の場合はごく短期間に限定して使用する。家族に、せん妄の説明を十分にするとよい。

## カウンセリング

癌患者へのカウンセリングといった場合、支持的な精神療法が基本である。

### カウンセリングの目標

抗癌治療の目的は、原則的に生存期間 (quantity of life) であり、カウンセリングの目標はQOL (quality of life) である。より良い癌との取り組み方 (コーピング) を支持し、希望を見いだしていくことである (表18)。

終末期にある患者の場合、目標達成までの期間は日単位、週単位、長くても月単位である。切迫した状況が現実目に向けさせ多くの喪失に取り組まなければならない、限られた状況のなかで希望を見いだして目標を達成していかなければならない。

癌が寛解した患者では、露呈した未解決の葛藤や問題に対する探索的で洞察的な精神療法が必要な場合もあるが、その場合は癌治療施設と離れて、専門医を訪ねたほうがよいかもしれない。

### カウンセリングの治療構造

#### 治療者への導入

癌治療同様、精神療法もチーム意識をもつことが重要である。患者のかかえる現在起こっている問題を最初にくみ取るのは家族であるが、精神療法へ導くにはまず正確な情報が迅速に治療者に伝わるのが重要である。患者側からみると精神的問題をまず誰に相談すればよいかということになる\*6。打ち明けるにも、ある程度時間がかかる。それは患者・家族は重要な問題に直面しているため、その問題を医療スタッフに預けられるか否か、医療スタッフ間の微妙な人間関係にまで注意を向け、考えた末に打ち明けるからである。

#### 場所

癌患者の精神療法の場合も、外来か病棟の一室に限定したほうがよい。車椅子を使ってでもプライバシーは確保し、カーテンだけで