

仕切られたような空間はぜひ避けたい。身体状態によっては大部屋に訪床して行わなければならないこともある。

## 時間

患者の身体的条件、検査、治療の都合、病棟の行事などの条件を考慮に入れて、通常、週1回の精神療法の時間は、患者の状態を考慮に入れて決められるべきだが、最低でも20分は行いたい。外来患者であれば精神療法の頻度は、週1回から隔週が平均的で、期間は4～8週間をめどに目標を設定する。これはあくまでも原則であって、患者の状態、入院期間に応じて、柔軟性をもたせる。

## カウンセリングの方法 (表19)

癌患者の精神療法というと、死への準備といった内容を思い浮かべる人が多いかと思う。実際は、癌の精査、診断、初期治療、再発、終末期などあらゆる時期に必要な介入はまず教育であり支持である。教育的介入の部分は精神療法の専門家でなくとも可能であるが、一般的に支持的精神療法はある程度の訓練を受けたほうが望ましい。

## 教育

癌に対する反応は先述したが、なぜこういう反応が起きるのか、異常ではなく通常範囲の動揺なのか、といったことを患者に気づかせ、一時的に自己評価が落ちている時期や自己統制力に不安を感じている時期には、教育は指示的であるが非常に有効である。また、癌告知後や再発告知後は通常1～2週間、記憶力・記憶力は低下しており、医療者と一緒に振り返ることで癌に関する情報の整理を行い、誤って入力された癌の理解を訂正したりすることは非常に有益である。

非常に重要な介入として、医師を対象にしたコミュニケーションスキルトレーニングと抑うつ自己スクリーニング法に関する研究が活発になっている。前者は、欧米で開発されたもので、シニアオンコロジストを対象として実践的な臨床場面を想定したロールプレイを使って、1～3日間の講習会を行う。これも、卒前教育ならびにわが国の癌医療への導入が期待される。

## 支持的精神療法

支持的精神療法の基本は、医療者の基本的態度にも通じる。癌によって生じた役割変化・喪失感など、個々の患者における病気の意味を探り、その人固有の病気との取り組み方で対処していけるよう支えていく。癌になる前にも大きな困難を克服してきた経験があるからである。

そのためにはまず、現在の病気とその影響について患者の感情、特に恐れを表出をうながし、それらを支持・共感し、現実的な範囲で保証を与えていく。通常、患者の性格や言動を指摘したりするこ

表19 癌患者へのカウンセリングの方法

### 患者教育 (パンフレットなど)

- ・癌や癌治療など医学情報
- ・不安、不確実感、無力感への対処法など心理学的情報
- ・スクリーニング (GHQ, HADS) などを用いた自己診断法

### 精神療法

- ・支持的
- ・実存的
- ・精神力動的
- ・危機介入

### 認知行動療法

- ・認知療法
- ・コーピング技術
- ・行動療法 (漸進的筋弛緩法など)

### サポートグループ

- ・非専門家もしくは元癌患者によるサポートグループ

### その他

- ・芸術療法、音楽療法、代替療法など

GHQ: general health questionnaire, HADS: hospital anxiety and depression scale.

## ★7

乳癌術後の前向きな病気との取り組み方が長期生存に関連したとする報告が端緒となり、Spiegelらは1989年、前述の1年間のグループ療法後、追解析して、通常の転移乳癌患者の予後が2倍になったという研究報告をした (Spiegel D, et al: Lancet 1989; ii: 88-90)。

その後、Fawzyが行った早期悪性黒色腫患者に対して行った術後の無作為短期教育的グループ介入試験は、6年生存率を有意に上昇させ、病気への前向きな対処行動という要因が大きく貢献したと報告したが、免疫活性および抑うつは生存とは関連がなかった。その後、Fawzyらは個人を対象にして同様の介入を行い、その結果をグループ療法と比較したところ、グループ療法がまさっていた (Fawzy FI, et al: Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 681)。

とはしない。医療者は個人の人生観、死生観からはひとまず自由になって、患者の個性、価値観を尊重することが重要である。

### 死にゆく過程 (dying) に焦点をあてた介入

予後告知は日本ではまれなので一般的ではないが、積極的治療から症状緩和に移行した患者で、予後が限られている者 (たとえば1~2年) が対象である。Spiegelらのグループ療法が有名である。6~10名前後の再発・進行・症状緩和期の患者に対して、週1回、90分、患者が死を肯定的に受け入れられるよう感情表出を促し、支持的精神療法を行う。

グループ療法で話し合われた内容を2人の観察者が独立して記述したところ、実際は死に関する内容に要した時間は数%にすぎず、患者同士のこと、医師-患者関係、癌治療、の順で、大半を占めた。精神療法だけでなく患者相互の援助も大きな役割を果たしていると推測されている。

### 生存期間延長を目標にした精神療法

Spiegelら、Fawzyらの研究<sup>★7</sup>からも、癌患者へのグループ療法の必須構成要素として、患者相互のサポートはかなり重要な役割を果たしていて、大切なソーシャルサポートの一つであることが改めて認識された。グループ介入試験と生存期間に関しては、否定的報告も同様にあり、何より日本で患者に説明する場合は慎重に検討されるべき今後の大きな課題である。グループ療法による生存期間の延長効果に関しては、いたずらに非現実的な情報を提供することになりかねないので、現段階では医療者として慎んだほうがよい。

癌がたとえ治癒が望めない場合でも、心の痛みは医療者側が尋ね共感することで癒されることが多い。尋ねることは、不安・抑うつ・せん妄の早期発見と早期対応の第一歩でもある。

情報公開が進み、患者自らが医療情報を得て、取捨選択し、より良い医療を受けていく時代になってきている。そして死である。一方では、癌医療の意思決定がますます患者・家族の手にゆだねられる危惧がある。癌患者・家族とのより良いコミュニケーションを通して、希望をもってより良い癌治療にのぞむことができるよう医療者がより個人を重視して、真っ向から衝撃的な情報に取り組まなければならない時代になりつつある。

(内富庸介)

#### 参考文献

- 1) 山脇成人監, 内富庸介編: サイコオンコロジー: がん医療における心の医学. 大阪: 診療新社; 1997.
- 2) 内富庸介監訳: 緩和医療における精神医学ハンドブック. 東京: 星和書店; 2001.

## ホスピスケア

### ホスピス誕生の背景

苦痛の緩和のために生まれた医療は，科学の装いを身につけて近代化していくなかで，病をもつ人間を対象としなくなり，人間のもつ病，症状を対象とする傾向が強くなった。治癒させることが主目的となり，そのためより正確な診断が求められ，検査が重視されるようになり，治癒できない場合の対応についてはなおざりにされ，姑息的に延命策を講ずるという図式ができてしまった。

死を敗北として否定的にとらえ，覆い隠そうとする医療の流れに抗して，死を避けることのできない自然の出来事として受け容れ，かたじけなりの延命を求めるとも苦痛の緩和を選び，人間が人間らしく生をまっとうできるように援助しようとする動きが生まれた。シシリー・ソンドースは，看護師，医療ソーシャルワーカー，そして医師として死にゆく人々とかかわるなかで，科学的知識や技術の進歩を積極的に利用しつつ組織的に全人的ケアを提供するために，1967年にロンドン郊外のシデナムに“聖クリストファーのホスピス”を設立し，現代ホスピス運動の祖となった\*1。

ホスピス運動は，生命倫理や基本的人権に対する関心の高まりとあいまって，発展した。医療従事者のみならず，一般市民が死を避けられないこととして認め，医療や福祉が本質的に変わりつつある。

### 日本におけるホスピスケア

ホスピス運動の波は1970年代には日本にも達し，1980年代にはホスピス病棟，緩和ケア病棟が開設されるようになった。厚生省は，1987年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し，その報告をもとに1989年の診療報酬改定において定額制の「緩和ケア病棟入院料」を新設した。同時に「癌末期医療に関するケアのマニュアル」を日本医師会と共同して公表した。これによって緩和ケア病棟施設基準（表20）を満たす施設におけるホスピスケアが健康保険の対象となり，緩和ケア病棟の増える一因となった。2008年2月1

#### ★1 ホスピスの語源

ホスピスの語源は，ラテン語のホスピティウム (hospitium) で，巡礼や，さすらい人，異邦人，貧困者，病人たちを休ませ，あたたかくもてなす家のことである。ホスピティウムという言葉には，あたたかくもてなす心 (hospitality) という意味も，宿所，宿屋という意味もある。ホスピティウムから，ホスピス，ホステル，ホテル，ホスピタルという言葉が生まれた。ホスピティウムの語源をさらにさかのぼると，対等な関係にある主人と客人の両方を意味するホスベス (hospes) に至る。一方，ホスベスが敵がい心 (hostility) に通ずることも興味深い。

lism 44: 1570-1576, 1995

46) Seelen MA, de Meijer PH, Meinders AE: Serotonin reuptake inhibitor unmasks a pheochromocytoma. Ann Intern Med 126: 333, 1997

47) Wong EH, Chan NN, Sze KH, et al: Serotonin syn-

drome in a renal transplant patient. J R Soc Med 95: 304-305, 2002

(堀川 直史)

## III サイコオンコロジーとチーム医療

わが国のがんの罹患は年々増加の一途をたどり、毎年50万人以上が新たにがんと診断され、がんと今現在向き合っている人は300万人を数える。治療の進歩に伴い、「がん=死」を意味する時代ではなくなったが、がん死亡は毎年30万人を超えている。日本人の1/3はがんによって死亡している実状からは、依然として生命を脅かす病気であることは変わらない<sup>1)</sup>。インフォームドコンセントが導入され、がん医療においても情報開示

表 25-3 緩和ケア加算の概要

1. 対象患者  
一般病棟に入院する悪性腫瘍またはHIVの患者
2. 緩和対象となる症状  
・疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状  
・不安、抑うつ等の精神症状
3. 緩和ケアチームの構成  
①身体症状緩和の担当医師  
②精神症状緩和の担当医師  
③緩和ケアの経験を有する看護師  
以上の3名からなる専従のチーム  
(ただし、いずれかの医師は専任でもよい)
4. その他の算定条件  
・施設が医療機能評価を受けている  
・初回診察時に緩和ケア診療実施計画書を作成し、患者に交付  
・症状緩和に係るカンファレンスの週1回程度の開催  
・緩和ケアチームに関する適切な患者への情報提供
5. 算定点数  
・1日につき250点  
・算定患者数は1つのチームにつき1日に30人が限度

を前提とした医療が導入される一方で、がんの疑いに始まり、検査、診断、再発、積極的抗がん治療中止などの悪い知らせに伴い、患者は大きな心理的衝撃を受け、大うつ病、抑うつを主徴とする適応障害などの臨床的介入を要する精神症状を呈することもまれではない。これらの流れの中で、2002年4月からは、世界で初めての常勤精神科医を必須とする緩和ケアチームによる一般病床におけるがん患者に対する診療に保険点数加算・緩和ケア加算が認められた(表25-3)。がん医療の現場では、精神科医が主治医、看護師、身体症状緩和医、コメディカルスタッフと連携しながら患者の精神症状緩和を行う体制が整備されようとしている。ここでは、がん患者における大うつ病、適応障害の疫学、診断について触れたうえで、他職種と連携した治療について詳述する。

### 1 疫学

がん患者に存在する精神症状で頻度が高いものは、大うつ病、抑うつ気分を主徴とする適応障害、せん妄であることはよく知られている<sup>2)</sup>。わが国での有病率調査においても、大うつ病は3~12%、適応障害は4~35%と、かなりの割合のがん患者が臨床的介入を要する病的な抑うつ状態を呈していることが示されている<sup>3)</sup>。大うつ病や適応障害はそれ自体が苦痛に満ちた症状であるのみならず、がん患者の自殺、抗がん治療のコンプライアンス低下、入院期間の長期化などとも関連するため、これらに対する適切な治療が望まれる。

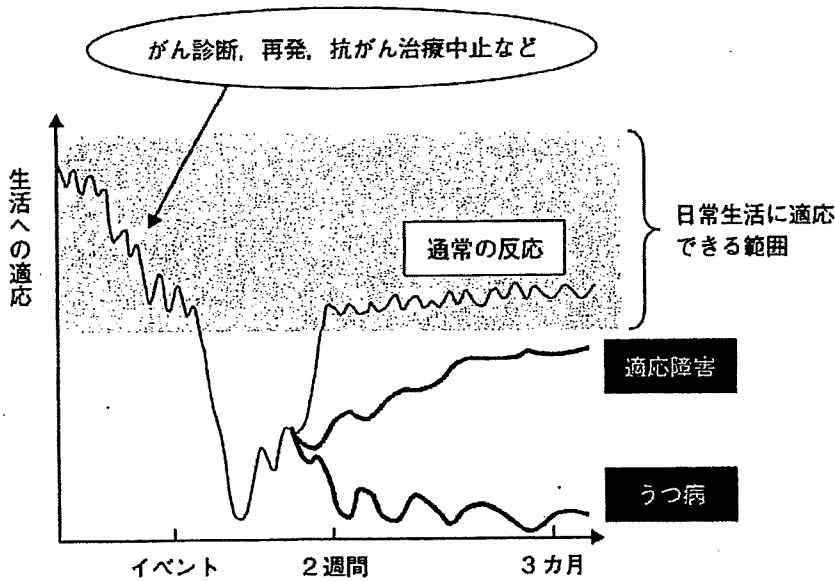


図 25-2 悪い知らせに対する心理反応

## 2 診断とスクリーニング

### a. 診断

がんという生命の危機に直面した場合、最初はショックで頭が真っ白になり、強い不安や抑うつ気分、怒り、混乱、絶望感などが出現するが、1週間から10日でこの状態は軽減し、新たな状況への適応が始まる。しかし、一部の患者はこれらの時期が過ぎても抑うつ気分や不安が続くことにより社会的機能に支障を生じ、適応障害や大うつ病の状態を呈する(図 25-2)。精神科診断としては区別されるが、がん罹患に伴うさまざまなストレスに対する反応として、通常反応、適応障害、大うつ病は臨床的には明確な境界があるわけではなく、連続的なものとして理解される。ただし、患者の精神症状の原因を心理的葛藤に求める前に、代謝異常、ホルモン産生腫瘍などの器質的要因、ステロイドなどの薬剤性の要因を鑑別する必要がある。また、prochlorperazine などの制吐剤に伴うアカシジアが出現していることもある。

実際の診断手順としては、器質・薬剤因などを除外したうえで大うつ病エピソードの評価を行う。症状9項目のうちの睡眠障害、食欲低下、思考・集中力低下、易疲労性・気力減退の4項目はがんに伴う身体症状としても出現するため、大う

つ病の症状なのか、がんに伴う症状なのかの判断が難しいことがある。このような場合は、精神症状を過小評価しないために大うつ病の症状として含めるのが臨床上実際的である。がん患者の場合は、大うつ病エピソードを満たさないまでも、情緒面、行動面の症状が出現し、臨床的に日常生活における支障が生じていることが多く、この場合は診断基準に沿って適応障害と判定される。

### b. 看護師と連携した精神症状スクリーニング

がん患者における大うつ病、適応障害に関する臨床的な問題として、主治医、看護師がこれらの精神症状を見逃しやすいことが示されている。大

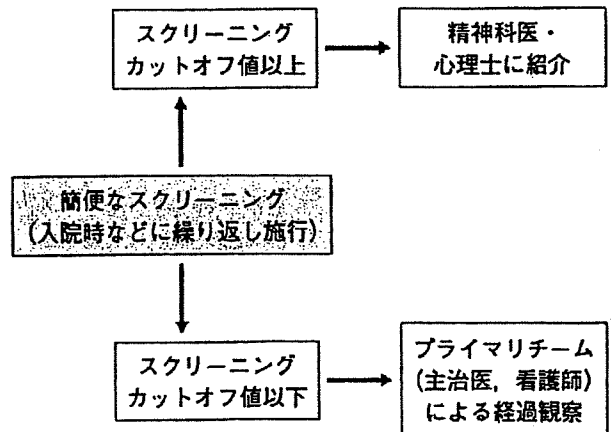


図 25-3 推奨される抑うつ病のマネジメント

1. この1週間の気持ちのつらさを平均して寒暖計の中の最も当てはまる数字に○をつけて下さい

2. その気持ちのつらさのためにこの1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか?

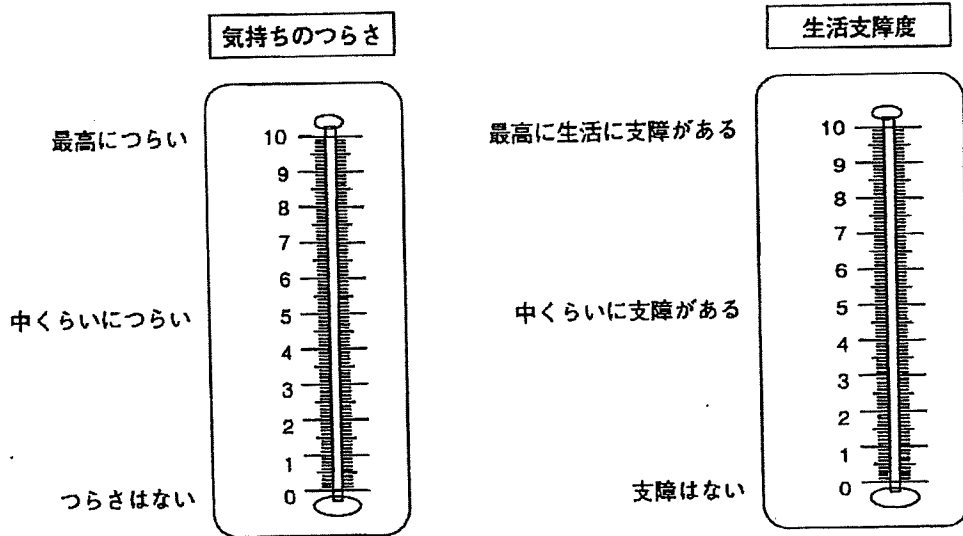


図 25-4 つらさと支障の寒暖計  
(<http://pod.ncc.go.jp> より)

うつ病、適応障害の診断を適切に行うには精神医学的なトレーニングを受けないと難しい。全患者に精神科医が面接を行うことは現実的には不可能であり、何らかの工夫が必要である。

National Comprehensive Cancer Network のガイドラインでは、がん患者全員に精神症状のスクリーニングを実施することを推奨しており(図 25-3)、がん患者に対する精神症状スクリーニングの有用性を示唆する研究も存在する<sup>4,5)</sup>。日本語版の妥当性が示されているがん患者におけるうつ病、適応障害に対するスクリーニング法としては、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、つらさと支障の寒暖計(図 25-4)<sup>6)</sup>、ワンクエスチョンインタビューなどがある(つらさと支障の寒暖計、ワンクエスチョンインタビューは国立がんセンター精神腫瘍学研究部ホームページよりダウンロード可能、<http://pod.ncc.go.jp>)。つらさと支障の寒暖計は短時間で施行可能であり、精神保健のトレーニングを積んでいなくても簡便に使用できるように作成されている。スクリーニングは主治医、看護師いずれが施行してもかまわないが、例えば国立がんセンター東病院の化学療法科

病棟では全入院患者に病棟看護師がつらさと支障の寒暖計を実施している。当病棟にてスクリーニング陽性(つらさの寒暖計4点以上、かつ支障の寒暖計3点以上)の患者には看護師が精神科受診を推奨する診療体制を導入したところ、導入前に比べてより多くのうつ病、適応障害のがん患者が専門家(精神科医、臨床心理士)の介入を受けるようになったという結果が得られている<sup>7)</sup>。

### 3 治療

がん患者の大うつ病、適応障害は、純粋な心理的問題であることはまれであり、癌性疼痛などの身体症状、社会的問題、実存的問題が関連要因として存在することが明らかになっている<sup>8)</sup>。このため、精神科医単独で対応するのではなく、患者と日常接する主治医、看護師、緩和ケアチームとともに構成する身体症状緩和専門医、専門看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床心理士などの他職種との連携が重要となってくる。

## a. 精神療法および、臨床心理士との連携

がん臨床の場面では精神療法的関わりは必須である。健全な自我機能を有する患者が危機を迎えるような臨床場面で、最も一般的に行われるのは支持的精神療法である。患者は診断直後や、初期治療の時期は今後病状がどうなっていくかという不安を抱えているかもしれない。進行、終末期になれば、隔絶された孤独感や疎外感を抱いているかもしれないし、残される家族への思いを抱えているかもしれない。身体機能の低下により、今までの役割を果たせない苦悩や、家族の負担になっているという自責感、自律性の喪失を感じ、ときに生きていることの意味を見出せないような実存的苦痛にさらされているかもしれない。支持的精神療法とは、このような患者の思いを批判、解釈することなく、できる限り理解しようと努力したうえで、一貫して支持し続ける関わりである。そのためには患者の個別性を尊重し、患者が歩んだ生活史や、築いてきたもの、乗り越えてきたことなどを十分に傾聴することが大切である。そのうえで、その人が本来もっている、心理的苦悩に対する対処能力の強化回復を援助する。終末期の厳しい状況に直面している患者を前にすると、精神科医も無力感にとらわれ、病室を訪れたくないという逆転移感情をもつこともまれではないが、その感情を考慮に入れたうえで、常に同じ綿密な距離感で接し続けることが必要である<sup>3,9)</sup>。

支持的精神療法に加えて、特別な技法の使用も推奨されている。絶望的コーピングががん患者の大うつ病と関連することは広く示されており、認知行動療法が適応となるケースもある<sup>10)</sup>。その他、不安に対しては行動療法的アプローチとして漸進的筋弛緩法も有用である<sup>11)</sup>。

がん患者の実存的苦痛に対する介入として、最近注目されている技法に dignity therapy がある。これは、患者が最も大切であると考えていること、愛する人に最も記憶に留めておいて欲しいことなどに関してのインタビューを行うもので、インタビューの内容は編集され、文書として患者の

もとに届けられ、家族に遺される。これらを通して、患者は自己の考えや思いが今後も受け継がれていくであろうことを認識する。Dignity therapy 施行後、患者の抑うつ症状が改善したという結果が得られている<sup>12)</sup>。

また、患者は誤った信念をもっていたり、十分に状況を理解していないことによる不安や絶望感をもっていたりすることもある(麻薬は終末期のみに使用するもの、激しい痛みを耐えながら死を迎えなければならないという誤解など)。このような場合は、患者がどのように状況を理解しているかを明確にしたうえで正しい知識を伝え、可能な限りで保証を与える心理教育的介入が有効である。

精神療法的な関わりニーズが大きい場合や、特殊な治療技法が適応となる患者など、がん医療の現場において臨床心理士の役割は大きい。大うつ病、せん妄などの精神症状評価ができる熟練した臨床心理士の場合、最初に臨床心理士が患者の窓口となることも可能である。精神療法的関与の場合は初診から一貫して同一治療者が関わるのが望ましく、薬物療法が必要なケースや、せん妄が存在するケースは臨床心理士が精神科医に橋渡しをするというモデルである。

## b. 薬物療法

大うつ病に対しては精神療法と薬物療法を併用するのが一般的であり、適応障害に対しては精神療法のみでは効果が不十分である際に薬物療法を考慮する。いくつかの比較研究にて大うつ病エピソードに対する抗うつ薬の有用性が示されているが、抗うつ薬の選択、投与量に関してはいまだコンセンサスはない<sup>13)</sup>。国立がんセンターでは、進行がん患者の大うつ病に対する抗うつ薬のアルゴリズムを作成している(図 25-5)<sup>14)</sup>。予後の限られている進行がん患者の場合、軽症例に対しては即効性を重視してアルプラゾラムを第一選択としている。選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)は比較的使用しやすい薬剤であるが、肝臓の代謝酵素を阻害するため、化学療法、ホルモン療法施行中の患者には使用しにくい。また、強

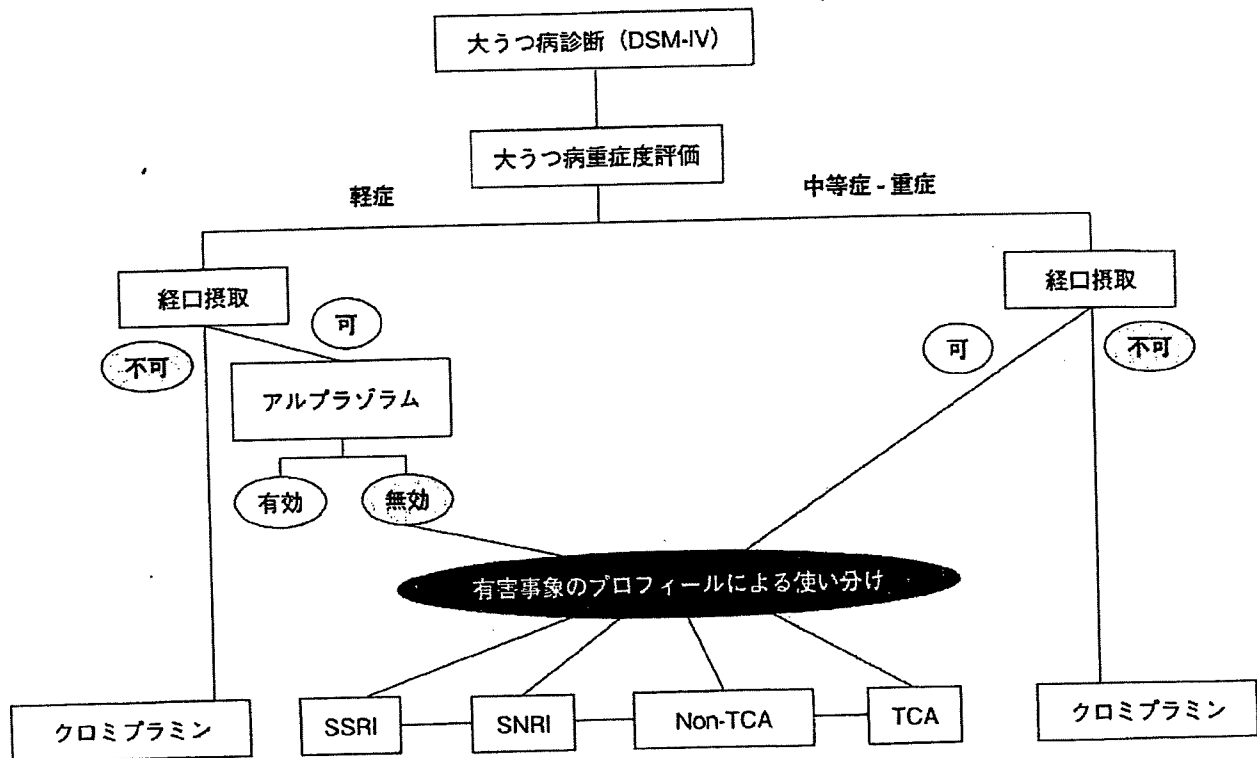


図 25-5 進行がん患者の大うつ病に対する薬物治療アルゴリズム  
 [秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他: 進行がん患者のうつ病. In: 精神科薬物療法研究会(編), 気分障害の薬物治療アルゴリズム. じほう, p94, 2003より]

い嘔気に伴って投与を中断せざるを得ないことがしばしばある。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)も悪心・嘔吐や、排尿障害に注意する必要がある。三環系抗うつ薬を使用する際は抗コリン作用などに注意し、10~20 mg 程度の少量から開始する。

**c. 抑うつに関連する身体症状と、主治医、看護師、身体症状緩和医との連携**

がん患者の大うつ病、適応障害は、さまざまな身体症状と関連することが明らかになっているが、特に痛み、倦怠感との関係が強く示唆されている<sup>15)</sup>。時間的経過などから、患者が呈している抑うつ症状が身体症状と関連すると判断される場合は、抗うつ薬などの適応を考慮する前に、積極的な身体症状緩和を主治医に推奨することが一般的である。また、がん患者の疼痛は、その程度が1日の中でも変化することが多く(突出痛)、看護師の詳細な観察と、適切なレスキュー(オピオイドの臨時追加投与)使用が不可欠である。

主治医、看護師が対応困難な痛み、倦怠感などの身体症状も一部存在する。このような場合、緩和ケアチームの身体症状緩和医へのコンサルテーションを積極的に行い、より専門的な身体症状緩和を行っていく必要がある。

**d. 在宅、緩和ケア病棟への移行と、ソーシャルワーカーとの連携**

がんの罹患から、最終段階に至るまでの患者のニーズに添った医療を提供することが求められ、医療を受ける場所に関しては、ケアの三角形(図

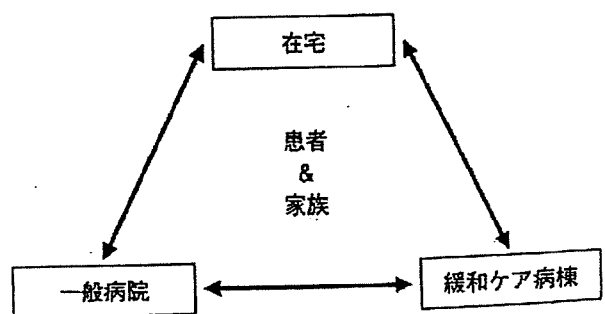


図 25-6 ケアの三角形



25-6)と呼ばれるオプションが必要となるといわれている。患者の身体状態とサポートニーズに添い、患者自身が選択した場所で医療を受けることができ、在宅、緩和ケア病棟、一般病棟をスムーズに移行できることを目的とする。移行の際に、コーディネーターとしての役割をソーシャルワーカーが担うが、精神症状緩和の観点から、意見を求められることも多い。大うつ病エピソードが依然として存在する場合などは、精神療法、薬物療法の経過、関連要因も含めて、精神症状への対応が途切れないような配慮を十分行う必要がある。また、移行先に精神保健の専門家が存在しないケースもまだまだ多く、在宅移行、転院後も精神科治療は外来にて引き受けたり、身体状態が悪いときは電話での相談を必要に応じて受けることも、現状では必要かもしれない。

【文献】

- 1) がんの統計編集委員会：がんの統計(2003年版)。財団法人がん研究財団, 2003
- 2) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1983
- 3) 明智龍男：がん患者の抑うつへのアプローチ。In：山脇成人(編), 新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学。中山書店, pp67-77, 2003
- 4) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. Br J Cancer 90: 314-320, 2004
- 5) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. Br J Can-

- cer 90: 310-313, 2004.
- 6) Akizuki N, Akizuki N, Yamawaki S, 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 29: 91-99, 2005
- 7) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Cancer 103: 949-56, 2005
- 8) Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJD, et al: Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W (eds), Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, pp25-49, 2000
- 9) 内富庸介：がんへの通常の心理的反応。In：山脇成人(編), 新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学。中山書店, pp51-58, 2003
- 10) Moorey S, Greer S: Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer. Oxford University Press, New York, 2002
- 11) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al: A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. J Clin Oncol 9: 1004-1011, 1991
- 12) Chochinov HM, 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
- 13) Pirl WF: Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 32: 32-9, 2004
- 14) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他：進行がん患者のうつ病。In：精神科薬物療法研究会(編), 気分障害の薬物治療アルゴリズム。じほう, pp83-99, 2003
- 15) National Institutes of Health State-of-the-Science Panel: National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. July 15-17, 2002. J Natl Cancer Inst 95: 1110-1117, 2003

(清水 研・内富 庸介)

2008 別刷

TODAY'S THERAPY

# 今日の治療指針

## 血管性うつ病

VASCULAR DEPRESSION (VDep)

大田市立病院 院長(島根)

岡田 和悟

## がん患者の 精神医学的問題

PSYCHIATRIC PROBLEMS AMONG PATIENTS WITH CANCER

広島大学病院 緩和ケアチーム

小早川 誠

私はこう治療している

医学書院

目次

今日の治療指針 2008年

・血管性うつ病

大田市立病院・院長（島根） 岡田 和悟 ..... 1

・がん患者の精神医学的問題

広島大学病院・緩和ケアチーム 小早川 誠 ..... 2

## がん患者の精神医学的問題

psychiatric problems among patients with cancer

小早川 誠 広島大学病院・緩和ケアチーム

不眠・不安・抑うつなどの精神症状は、がん患者とその家族のQOLを損なう要因となっている。これらはうつ病、適応障害、せん妄の症状であることが多いが、痛みや吐き気、倦怠感、眠気などがん特有の身体症状や治療のために生じている可能性もある。よって、原因となる身体症状や副作用がないか検討し、対策を行ったうえで精神医学的対応を行う。

### I. 適応障害およびうつ病

#### 病態と診断

米国精神医学会の基準では、①抑うつ気分、②興味・喜びの低下、③食欲低下（亢進）、④不眠（過眠）、⑤焦燥感または制止、⑥易疲労感、⑦無価値感や罪責感、⑧思考・集中力低下、⑨希死念慮の9つの症状のうち、①または②を含んだ5つ以上の症状が2週間以上持続した場合にうつ病と診断する。うつ病の基準に合わない場合でも、がんに伴う心理的負担により不安や抑うつが生じ、社会生活上支障をきたす場合に適応障害と診断する。

#### 治療方針

不眠・不安・抑うつには対症的に薬物療法を行う。特にうつ病と診断された場合には積極的に抗うつ薬使用を考慮する。またこれらの症状は、例えば不安が高じて眠れないなど互いに関連していることがあり、支持的な不安の傾聴や、もし誤解があれば必要な情報提供を行うなど、精神療法的介入で軽減することがある。精神療法に加えて薬物療法を行う際には、身体状況や副作用、薬物相互作用を考慮したうえで慎重に少量から開始する。

#### A. 不眠

**〔処方例〕** 下記の薬剤を症状により選択する。

- 1) レンドルミンD錠 0.5-1錠 分1 就寝前  
(寝つきが悪いとき)
- 2) ロヒプノール錠 (1mg) 1-2錠 分1 就寝前  
(すぐ目が覚めるとき)
- 3) レスリン錠 (25mg) 1-3錠 分1 就寝前  
(寝た気がしないとき)

#### B. 不安

**〔処方例〕** 下記のいずれかを用いる。

- 1) ワイバックス錠 (0.5mg) 1-3錠 分1-3  
食後
- 2) ソラナックス錠 (0.4mg) 1-3錠 分1-3

#### 食後

#### C. 抑うつ

**〔処方例〕** 下記のいずれかを用いる。

- 1) パキシル錠 (10mg) 1-4錠 分1 夕食後
- 2) トレドミン錠 (15mg) 2-6錠 分2-3 食後

### II. せん妄

#### 病態と診断

せん妄は注意散漫・失見当識・記憶欠損などの認知と記憶の障害である。短期間に生じ、時間的な変動があり、幻覚や妄想を伴うこともある。脳転移、呼吸不全、高カルシウム血症、脱水、低栄養、貧血、オピオイドや抗コリン薬などの薬剤など、複数の要因が関与しているものと考えられている。

#### 治療方針

部屋の明るさの調整やカレンダーを置くなどの環境調整、電解質補正など身体状況の改善、原因薬剤の変更・減薬などを考慮する。そのうえで対症的薬物療法を行う。原則、夜間の睡眠確保をめざすが、興奮や焦燥が強い場合には適宜使用する。

**〔処方例〕** 下記のいずれかを用いる。いずれも保険適用外。

- 1) セレネース錠 (0.75・1・1.5・3mg) 0.75-3mg 分1 就寝前
- 2) リスパダール錠 (1・2mg)・液 (0.5・1・2mg) 0.5-2mg 分1 就寝前
- 3) セロクエル錠 (25・100mg)・細粒 (50%) 25-100mg 就寝前 (糖尿病合併例は禁忌)
- 4) セレネース注射液 (5mg/1アンブル) 1/2-1アンブル 生理食塩液などに混ぜて30-60分で静注



---

TODAY'S THERAPY NO.50 今日の治療指針 2008年版別刷〈非売品〉

2008年6月発行

総編集…山口 徹・北原光夫・福井次矢

発行…株式会社 医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 電話03-3817-5600(社内案内)

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

ISBN978-4-309-24437-2  
C0011 ¥1600E

定価 **本体1600円** (税別)



9784309244372



1920011016007

がん患者の心を救う  
精神腫瘍医の現場から

埼玉医科大学国際医療センター  
精神腫瘍科教授  
大西秀樹

がん患者の心を救う  
精神腫瘍医の現場から

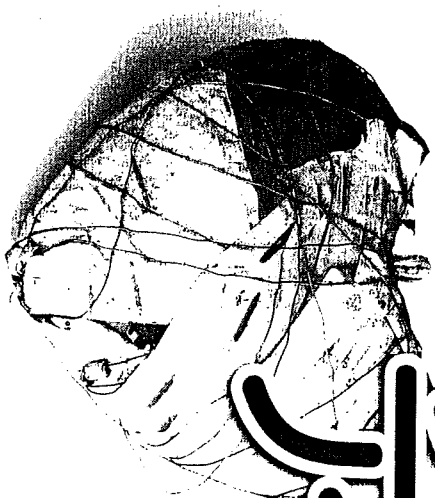
埼玉医科大学国際医療センター  
精神腫瘍科教授

大西秀樹

河出書房新社

河出書房新社

大西 秀樹 著  
精神腫瘍科教授  
埼玉医科大学国際医療センター



# 女性のがん 心のケア

乳がん・子宮がん・卵巣がん・大腸がん

TSUCHIYA  
HEALTHY  
BOOKS

## 女性のがん心のケア

乳がん・子宮がん・卵巣がん・大腸がん

埼玉医科大学  
国際医療センター  
精神腫瘍科教授  
大西 秀樹 著



9784806910237

ISBN978-4-8069-1023-7  
C2047 ¥1500E

定価1575円(本体1500円+税5%)

土屋書店

1922047015009

がん患者さんの“心の悩み・痛み”は  
抗がん剤の副作用よりもつらい…。  
サイコロシコロシ—  
精神腫瘍学の第一人者が扉を開く  
「心の治療」をめざす診察室！  
心のケアはなぜ必要なのか？



土屋書店

### 〈本書の主な内容〉

- Chapter 1 がんが心に及ぼす影響と 心のがんに及ぼす影響
- Chapter 2 女性のがんの最新治療  
～乳がん・子宮がん・卵巣がん・大腸がん～
- Chapter 3 心のケアはなぜ必要なのか？ 心がたどる3つのプロセス
- Chapter 4 心の落ち込みと身体の症状 適応障害・うつ病・せん妄
- Chapter 5 確かな希望の光を探り あてるときまで
- Chapter 6 天国への宅急便 「家族・遺族外来」の人たち

土屋書店



著者 **大西秀樹** (おおにし ひでき)

1986年 横浜市立大学医学部卒。同大学講師、神奈川県立がんセンター精神科部長を経て2006年4月 埼玉医科大学精神腫瘍科教授。2007年4月 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授。がん患者の精神医学的治療を専門とする。患者遺族の心のケアを行う「遺族外来」を開設した。精神保健指定医。著書に「がん患者の心を救うー精神腫瘍医の現場から (河出書房新社)」

# ●がん患者さんの心を支える「精神腫瘍医」

——著者はがん患者の“適応障害やうつ病、せん妄、心身症”などの症状をサポートする「精神腫瘍科」の第一人者。死の恐怖と向き合うがん患者の多くはこうした心の悩みに苦しめられている。「精神腫瘍科」は外科手術・放射線療法・薬物療法・緩和ケア等と共にがん医療を支える集学的治療の一翼だ。その手法は抗うつ剤、モルヒネ等の薬物治療と徹底したカウンセリング。しかし、診療風景は茶飲み話さながらのどかなものである。著者を慕って患者の家族が通い続け、自然発生的に「遺族外来」と「遺族外来」が誕生、がんを支える家族、遺族の心や身体の治療に対応している。

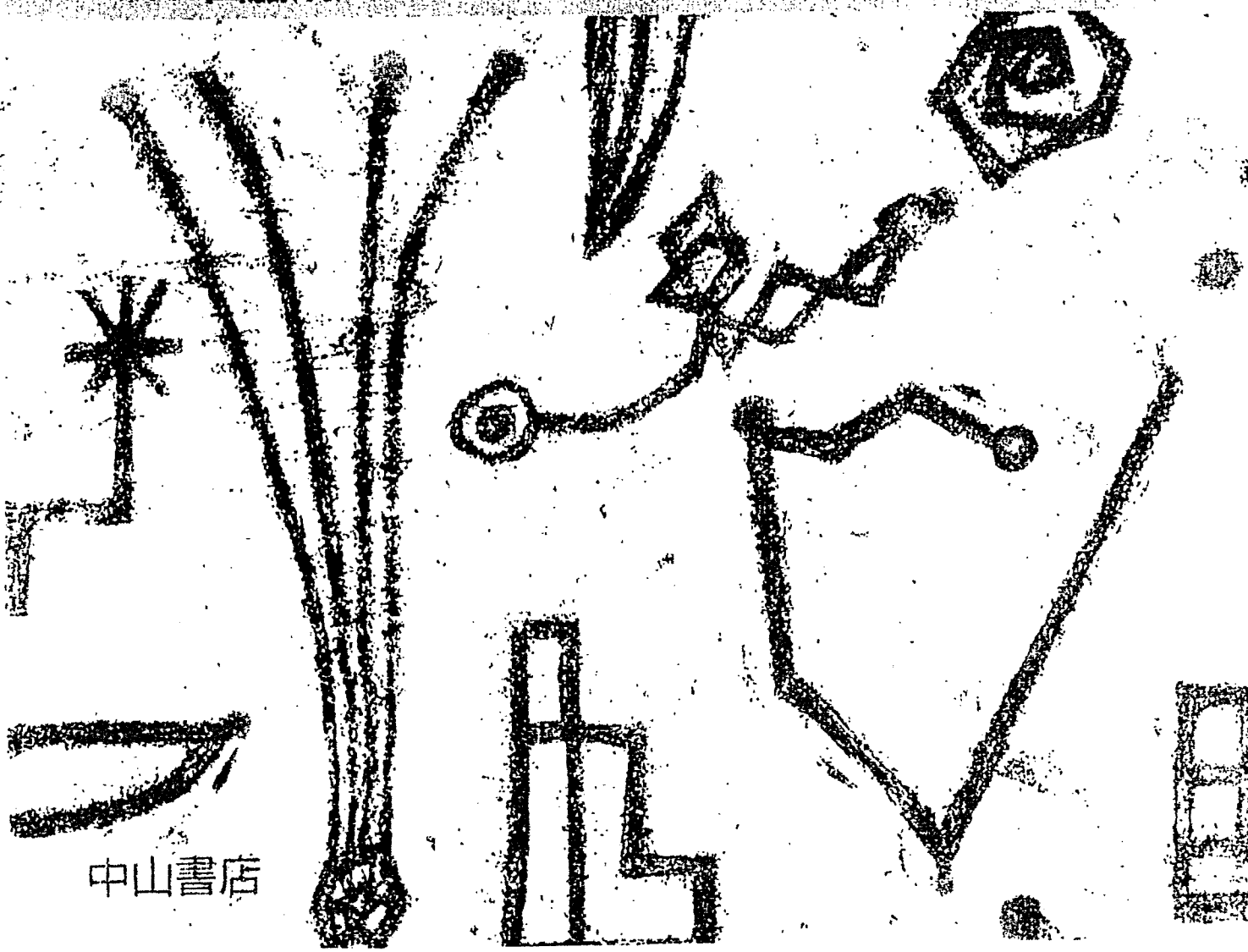


NEW AGE OF  
PSYCHIANTRY  
Dreams

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 眞規子 | 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

<b>メンターに聴く</b> 「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

<b>メンターに聴く</b> 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