

1) 評価

① 身体疾患の鑑別

パニック発作と診断するには、身体疾患を鑑別する必要がある。全血球算定、電解質、空腹時血糖、肝機能、腎機能、甲状腺機能、尿中カテコラミン、心電図、頭部MRIなどの検査を適宜行う。

② 精神症状の評価

DSM-IVの基準に基づいた評価を行う。また、広場恐怖が存在するか否かをあわせて評価する。パニック障害は比較的若年で発症することが多いとされているが、がん患者の場合は、強いストレスにより、高齢で発症するケースに時々遭遇する。また、持続せずにパニック障害の基準を満たさず、パニック発作が数回生じた後に改善するケースも存在する。

2) 対応

① 薬物療法

がん患者に合併するパニック障害に対する薬物療法は、一般精神科領域で行われる薬物療法に準じて行い、第一選択はセロトニン選択的再取り込み阻害薬(SSRI)である。三環系抗うつ薬(TCA)もSSRIと同様に有効であるが、さまざまな副作用が出現するため、SSRIを優先して使用することが多い。ただし、がんの病状によっては経口摂取ができないケースもあり、その場合は副作用の出現に留意しながら、クロミプラミンの経静脈的投与を行うことが必要な場面にも遭遇する。

また、SSRIやTCAは、効果が出るまでに数週間を要することが多いため、苦痛が強い場合や、身体的治療を遂行するために、速やかな症状緩和が必要となる場合は、速効性がある、ベンゾジアゼピンを併用する。もっとも効果が期待される抗不安薬はアルプラゾラムであるが、経口摂取ができない場合は、ジアゼパムの点滴静注が必要となる場合もある。

処方例

①～④のいずれかを使用

① パロキセチン(10 mg)1T/分1 夕(1週間おきに10 mg ずつ増量し、40 mg まで)

② フルボキサミン(25 mg)2T/分2 朝・夕(1週間おきに50 mg ずつ増量し、150 mg まで)

③ セルトラリン(25 mg)1T/分1 夕(1週間おきに25 mg ずつ増量し、100 mg まで)

④ クロミプラミン(25 mg)0.5 A + 生理食塩水 50 ml

夕方1時間で持続点滴静注。副作用を見ながら漸増し、50 mg 程度まで。

速やかな症状緩和が必要な場合は下記のいずれかを併用

⑤ アルプラゾラム(0.4 mg)1.5T/分3(眠気、ふらつきに注意しながら、1.2 mg 程度まで増量)

⑥ ジアゼパム 5 mg 朝・夕2回静注

② 精神療法

最初に、パニック発作を死に至る身体症状ではないかという誤った認識をもっている患者に対して、純粋な精神症状であり、身体的に重篤な結果に陥ることはないこと、薬物療法などで緩和可能であることを十分説明し、安心を与えることが肝要である。認知行動療法の有効性が実証されており、全身的筋弛緩法を併用することも有効である。

3. 全般性不安障害

前述のようにがん患者に数%の割合で合併することが過去の研究で示されており、一般人口の有病率に比べて必ずしも高いものとはいえない。ストレスにより、全般性不安障害様の臨床像を一時的に呈する患者は存在するが、確定診断に必要な6か月の期間にわたって持続することは少ない。

1) 診断

①身体疾患の鑑別

全般性不安障害と診断するには、身体疾患を鑑別する必要がある。標準の血液生化学検査、心電図、甲状腺機能検査を行う。また、刺激薬、アルコール、鎮静薬、抗不安薬などの離脱を除外する必要がある。

②精神症状の評価

DSM-IVの基準に基づいた評価を行う。基準となる6か月の症状の持続を満たす症例は比較的稀である。症状の持続期間を慎重に特定する必要がある。

2) 対応

①薬物療法

全般性不安障害に対する薬物療法の第一選択は、セロトニン選択的再取り込み阻害薬(SSRI)である。経口摂取ができない場合、わが国では経静脈的に投与できるSSRIが存在しないため、副作用の出現に留意しながら、クロミプラミンの経静脈的投与を行うことが必要なこともある。

速やかな症状緩和が必要となる場合は、速効性がある、ベンゾジアゼピンを併用する。ただし、全般性不安障害は長期的に症状が継続する可能性が高い疾患であり、依存性、耐性の観点からは、ベンゾジアゼピンの使用には慎重になる必要がある。

処方例

①～④のいずれかを使用

①パロキセチン(10 mg)1T/分1 夕(1週間おきに10 mg ずつ増量し、40 mg まで)

②フルボキサミン(25 mg)2T/分2 朝・夕(1週間おきに50 mg ずつ増量し、150 mg まで)

③セルトラリン(25 mg)1T/分1 夕(1週間おきに25 mg ずつ増量し、100 mg まで)

④クロミプラミン(25 mg)0.5 A + 生理食塩水 50 ml

夕方1時間で持続点滴静注。副作用を見ながら漸増し、50 mg 程度まで。

速やかな症状緩和が必要な場合は下記のいずれかを併用

⑤アルプラゾラム(0.4 mg)1.5T/分3(眠気、ふらつきに注意しながら、1.2 mg 程度まで増量)

⑥ジアゼパム 5 mg 朝・夕2回静注

②精神療法

支持的精神療法が基本となる。認知行動療法の施行も考慮される。

4 サバイバーシップ

1. サバイバーとサバイバーシップの概念

医学の昨今の進歩のもと、がんはすなわち死を意味するというニュアンスは徐々に薄れ、がん罹患しても病気を克服して長期にわたる生存を得る人が増えてきた。かつてはがんを治癒させることが医療のゴールと考えられていたが、がんを克服した患者がさまざまな後遺症に悩んでいる実態が徐々に明らかになるにつれ、これらの患者のQOLの向上ががん医療の中で大きなテーマとされるようになった。このような機運の中、サバイバーやサバイバーシップという単語を耳にする機会が昨今増えている。

サバイバーおよびサバイバーシップの概念はさまざまな異なった意味で使用され、日本語の定訳は存在しない。古典的で狭義の概念では、サバイバーとは手術後5年生存者などの積極的抗がん治療が終了してがんが治癒したと思われる患者のことを指し、まだまだこちらのほうが一般的である。がんの治療成績が改善される中で狭義のサバイバーは年々増え続け、積極的抗がん治療が終了した後の問題が、狭義の「サバイバーシップ」として、腫瘍学の領域において認知されるようになってきた。

一方で、1986年に組織され、アメリカ合衆国の最も古いがんの患者団体である米国がん経験者連合(The National Coalition for Cancer Survivorship : NCCS)¹⁾によれば、サバイバーとは必ずしもがんを克服した患者を意味するのではなく、がん治療中の患者や、がんと共存している患者も含まれ、さらに最近ではがん患者を支える家族や友人もサバイバーに含めるとしている。本定義によると、サバイバーに該当しない人をさがすほうが難しいのではないかと考えられるほど非常に幅広い。また、NCCSによれば、サバイバーシップとはサバイバーががんと診断されたときから人生の最後まで、がんを乗り越え、あるいは向き合いながら生きていくことと定義されており、身体的な問題だけでなく、心理的な側面や、社会復帰などの経済的事象も対処すべき対象となる。NCCSがこのような定義を行ったのは、新たにがんと診断された患者に希望を与えるだけでなく、患者と医師のコミュニケーションを発展させることを意図しているらしい。治療の早期段階から、治療後に生じうるさまざまな問題を視野に置くことによって、より幅広い視点で選択を行うことができる。

アメリカではがん治療を終了して生存している人が1,000万人を超えたと推定されるなか、サバイバーシップの向上が、ここ最近さらに注目されるテーマとなりつつある²⁾。米国臨床腫瘍学会(American Society of Clinical Oncology : ASCO)は、2006年の学術大会においてサバイバーシップ向上に向けての動きを加速させ、臨床医学の進歩、がん診療の質の向上といった従来のテーマ

に加え、「サバイバーへのケア」が大きく取り上げられ、学術研究発表分野の1つとして新設されるに至った。

また、米国がん研究所(National Cancer Institute: NCI)にはがん生存者室(Office of Cancer Survivorship: OCS)が1996年に設置されている。OCSは、増大するサバイバーのニーズにより注目すべきであるという患者の声を受けて作られた。OCSは、①サバイバーシップに関する研究の推進、②サバイバーシップに関する研究者や医療者の育成、③サバイバーやそのケアギバーに対する教育ツールやプログラムの提供、の3つの領域において積極的な活動を続けている。2002年より、OCSと米国がん協会(American Cancer Society: ACS)が共同で、Cancer Survivorship Research Conferenceを2年に一度開催している。全米から、サバイバーシップに関連する研究者や臨床家、そしてサバイバーが集まり、最先端の研究成果を共有している。

このような米国における機運に対して、わが国においてはサバイバー及びサバイバーシップに関して、まだまだ注目度が低いように思われる。2007年に策定されたがん対策推進基本計画においては、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の2点が、今後10年間に達成することが全体目標として掲げられている。後者の目標に関して、治療早期からの緩和ケアの導入や、進行終末期における療養体制の整備は具体的の方策が盛り込まれているのに対して、サバイバーに関する記載は見当たらない。わが国においても積極的抗がん治療が終了して日常生活を送っている狭義の「サバイバー」が増えている現状を考えれば、「サバイバーシップ」に取り組むことの必要性は大きくなりつつあると考えられ、速やかな対応が望まれる。

2. サバイバーの心理社会的問題

サバイバー(以降はがん長期生存者という意味にて用いる)において、心理社会的問題がどのような状況にあるのか、サバイバーがどのようなサポートに対するニーズをもっているのかなどに関して明らかにし、適切な介入を行うことに対する大きな期待がある。心理社会的な指標に焦点を当てた研究に関して、アメリカにおける大規模データベースを用いた研究において、がんの既往を有するサバイバーは一般人口に比べて、心理的な問題をより多くかかえていることが示されている一方で^{3,4)}、長期経過したサバイバーと一般人口のうつ病有病率を比較した研究では、有意な差は認められないという結果も認めている⁵⁾。これらの先行研究からは、サバイバーにおいてうつ病のような重い心理的問題が合併するケースは著しく多いとはいえないものの、広い心理的問題を抱えている可能性があることが示唆される。

わが国においては、2003年に厚生労働省の「がんの社会学」合同研究班が行った全国調査が存在する。全国の53医療機関通院中のがん患者、およびがんに関する患者会・患者支援団体に所属するがん体験者を対象に、「がん患者として悩んだこと」と「悩みを軽減させるために必要だと思うこと」の2点についてアンケート調査を行っている⁶⁾。12,345通を配布し、そのうち63.9%のほる7,885通の回答を得ている。回答者のうち、60.7%が定期的な検査通院中であり、36.0%が治療継続中であり、狭義のサバイバー(5年生存者)の声を多く反映したものとなっている。複数選択で回答する「がん患者として悩んだこと」に関しては、精神的問題が全体の52.9%に認められ一番多く、以下身体的問題(48.1%)、生き方や生きる意味に関して(37.6%)、経済的問題(35.1%)、家族関係(29.1%)、仕事などの社会とのかかわり(20.5%)、医師や看護師などの医療者とのかか

わり(8.0%)、と続く。また、がん体験者が必要と考える対応策としては、「相談・心のケア」に対するニーズが一番多く、以下「医療者との良好な関係」、「家族の協力・理解・支え」、「同病者との交流・患者会」と続く。わが国のサバイバーにおいても精神的な問題は大きく、心のケアに対する要請が非常に大きいことが示唆されており、取り組むべき今後の課題である。

ここまで述べてきたように、サバイバーにおける負の心理的側面が徐々に明らかになってくる一方で、危機的な状況に曝露されることによる精神心理面における正の側面が存在することが徐々に知られてきた。苦悩や危機に伴うものがきから時に成長がうまれるというテーマは、過去の文献や哲学の中に見られるし、古典と現代両方の宗教的思考の中心を占めてきたとも言えるだろう。しかし、ポジティブな心理学として、科学的な検証が始まったのは最近のことである。「危機的な出来事や困難な経験との精神的なものがき・闘いの結果生ずるポジティブな心理的変容の体験」と定義される「外傷後成長(Post Traumatic Growth: PTG)」¹⁷⁾や、「逆境の経験を通して、benefit(得たもの、学んだこと、ポジティブな変化)があったと感じること」と定義される「Benefit Finding」¹⁸⁾などの概念が生まれている。今後、サバイバーにおける正の心理的変化に関する研究がさらに発展することが期待される。

3. サバイバーの QOL に関する研究の現状

サバイバーの QOL がどのような状況にあるのか、あるいは QOL に影響を与える要因にはどのようなものがあるのか、サバイバーがどのようなサポートに対するニーズを持っているのかなどに関して明らかにし、適切な介入を行うことに対する大きな期待がある。

先行研究においては、早期癌患者の治療後の QOL は、治療後に健常者と同じレベルに回復することが示されている⁹⁾。しかしながら、一定の割合の患者は、身体、心理、社会的な問題を抱え続けることもまた、明らかになっている。問題を抱える期間は短期である場合もあれば、治療終了後数年にわたることもある¹⁰⁾。治療開始後比較的早期に出現する具体的な問題としては、心機能障害¹¹⁾、呼吸機能障害¹²⁾、リンパ浮腫¹³⁾、認知機能障害¹⁴⁾、疼痛¹⁵⁾、倦怠感¹⁶⁾、性機能障害¹⁷⁾、不妊¹⁸⁾、早期閉経¹⁹⁾などがあげられ、慢性的な経過をたどったり、あるいは回復が得られなかったりすることもある。また、治療終了後何年も経て生じる問題としては二次がんへの罹患がある²⁰⁾。心理的な問題としては、不安、抑うつ、再発に対する恐怖、子どももがんになるのではないかという懸念、などがある。社会的には、就労や社会復帰の問題も存在する²¹⁾。

海外においては長期生存者に関する知見が上記のように集積しつつあるが、それでも対応の指針を作成するにはまだまだ不十分な状況である。ASCO の Cancer Survivorship Expert Panel が、臨床ガイドラインの作成に取り組んでおり、手始めに、実証的研究の結果が比較的蓄積されるとされる、心臓と肺の晩期障害に関する知見の review を 2007 年に発表した²²⁾。当初は evidence-based な臨床ガイドラインの作成を目標にしたにも関わらず、最終的にはガイドラインを作成するに十分な知見が存在しないとの結論に至った。サバイバーの研究が難しい理由はいくつか挙げられるが、不均一な集団であること、エンドポイントとなるような事象は不定期に比較的稀な割合で生じること、調査をしようと思ってもプライバシーの問題があり接触が難しいこと、晩期障害への医学的対応もさまざまであるために比較が難しいこと、などが挙げられている²³⁾。多くの研究が主だった大都市のがんセンターにおいて実施されているため、minority や、貧困者、地方などの実態がわかっていないことが問題点として存在する。また、多くの研究は、乳がんや

前立腺がん、大腸がんなどの主だった単一のがん種を対象としているため、がん種間の比較が難しいことと、十分研究されていないがん種が存在することが問題点として指摘されている。

このような方法論上の問題を克服するために、米国がん協会(American Cancer Society: ACS)は、The Studies of Cancer Survivors(SCS)と銘打った大規模な疫学研究を2つ実施している。さらに、SCSに参加したがん患者の家族を対象とした調査も実施されている²⁴⁾。いずれも全米のサバイバーを代表するように、さらに今まであまり研究されていなかった膀胱がんなども含めて、がん種同士の比較が可能ないように大規模なサンプリングを行っていることが特徴である。調査項目は基本的な人口統計学的項目、がん種、治療法、保険、人生に対する満足感、生活上の問題点、苦痛となる身体症状、スピリチュアリティ、社会的サポート、不安および抑うつなどの精神症状、就業状況などの多岐にわたる。

SCS-Iは11年にもわたるフォローアップ期間を置いた縦断研究である。長期生存者の適応状態がどのように変化するかを調査し、適応を予測する要因を合わせて明らかにすることが目的である。SCS-IIは横断調査であり、迅速に長期生存者のQOLに関する問題を明らかにすることが目的である。すでにSCS-IIに関する結果はいくつか報告されている。2008年の報告においては、9105人の長期生存者を対象に一般的に推奨される健康行動(適度な運動、果物と野菜の摂取、禁煙)の実行の有無とQOLの関係を調査し、健康行動の実施と高いQOLが相関することが明らかになっている²⁵⁾。今後はこれらの調査結果がさらに集積される中で、長期生存者の実態がより詳細に理解されることが期待されている。

わが国においては、先述の厚生労働省「がんの社会学」合同研究班行った全国調査が存在するが、海外のような包括的な調査は未だ行われておらず、今後の発展が期待される場所である。

引用文献

- 1) <http://www.canceradvocacy.org/>
- 2) Rowland JH, Hewitt M, Ganz PA: Cancer Survivorship—A New Challenge in Delivering Quality Cancer Care. *J Clin Oncol*, 2006; 24: 5101-5104.
- 3) Hewitt M, Rowland JH, Yancik R: Cancer survivors in the United States—age, health, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2003; 58: 82-91.
- 4) Hoffman KE, McCarthy EP, Recklitis CJ, Ng AK: Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer—results from a national survey. *Arch Intern Med*, 2009; 169: 1274-1281.
- 5) Pirl WF, Greer J, Temel JS, Yeap BY, Gilman SE: Major depressive disorder in long-term cancer survivors—analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *J Clin Oncol*, 2009; 27: 4130-4134
- 6) <http://www.scchr.jp/>
- 7) Tedeschi RG, Calhoun LG: The Posttraumatic Growth Inventory—measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, 1996; 9: 455-471.
- 8) Tomich PL, Helgeson VS: Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol*, 2004; 23: 16-23.
- 9) Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR: Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer—a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, 2002; 94: 39.
- 10) Yabroff KR, Lawrence WF, Clauser S, Davis WW, Brown ML: Burden of illness in cancer survivors—findings from a population-based national sample. *J Natl Cancer Inst*, 2004; 96: 1322-1330.
- 11) Hequet O, Le QH, Moullet I, et al: Subclinical late cardiomyopathy after doxorubicin therapy for lymphoma in adults. *J Clin Oncol*, 2004; 22: 1864-1871.
- 12) Horning SJ, Adhikari A, Rizk N, et al: Effect of treatment for Hodgkin's disease on pulmonary function—

- Results of a prospective study. *J Clin Oncol*, 1994 ; 12 : 297-305.
- 13) Erickson VS, Pearson ML, Ganz PA, Adams J, Kahn KL : Arm edema in breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst*, 2001 ; 93 : 96-111.
 - 14) Heflin LH, Meyerowitz BE, Hall P, et al : Cancer as a risk factor for long-term cognitive deficits and dementia. *J Natl Cancer Inst*, 2005 ; 97 : 854-856.
 - 15) Robb KA, Williams JE, Duvivier V, Newham DJ : A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain—a preliminary study. *J Pain*, 2006 ; 7 : 82-90.
 - 16) Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J : Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2004 ; 32 : 40-50.
 - 17) Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, et al : Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol*, 2005 ; 23 : 7428-7436.
 - 18) Carter J, Rowland K, Chi D, et al : Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecol Oncol*, 2005 ; 97 : 90-95.
 - 19) Molina JR, Barton DL, Loprinzi CL : Chemotherapy-induced ovarian failure : manifestations and management. *Drug Safety*, 2005 ; 28 : 401-416.
 - 20) Travis LB, Curtis RE, Boice JD, Platz CE, Hankey BF, Fraumeni JF : Second malignant neoplasms among longterm survivors of ovarian cancer. *Cancer Res*, 1996 ; 56 : 1564-1570.
 - 21) Short PF, Vasey JJ, Tunceli K : Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*, 2005 ; 103 : 1292-1301.
 - 22) Carver JR, Shapiro CL, Ng A, et al : American Society of Clinical Oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors—Cardiac and pulmonary late effects. *J Clin Oncol*, 2007 ; 25 : 3991-4008.
 - 23) Earle CC : Cancer survivorship research and guidelines—Maybe the cart should be beside the horse. *J Clin Oncol*, 2007 ; 25 : 3800-3801.
 - 24) Smith T, Stein KD, Mehta CC, et al : The rationale, design, and implementation of the American cancer society's studies of cancer survivors. *Cancer*, 2007 ; 109 : 1-12.
 - 25) Blanchard CM, Courneya KS, Stein K : Cancer Survivors' Adherence to Lifestyle Behavior Recommendations and Associations With Health-Related Quality of Life—Results From the American Cancer Society's SCS- II. *J Clin Oncol*, 2008 ; 26 : 2198-2204.

(清水 研)

精神腫瘍学

[編集] 内富庸介 小川朝生

IV	がん罹患後の未就労・離婚	32
	1. 乳がん患者の退職・未就労への影響	35
	2. がん患者の離婚への影響	35
V	アルコールとがん発症	35
VI	パーソナリティとがん検診受診行動に関する疫学研究	36
VII	がん患者における喫煙問題と医療者の役割	中村正和 38
	1. 「ニコチン依存症」という治療が必要な慢性疾患	38
	2. 禁煙治療の有効性	39
	3. 介入時期と成否の要因	39
	4. 医療者の役割	39
VIII	検診と心理的問題	福井小紀子 40
	1. がん対策基本法に示されている予防と検診の重要性	40
	2. がんによる死亡者の減少を目的としたがん検診受診率向上のための対策	40
	3. がんの一次予防のための医療従事者による支援の重要性	41
	4. がんの二次予防における心理的支援の重要性	42
3	がんに対する通常の心理的反応とその基本的対応	内富庸介 43
	I がんの臨床経過に添った患者の心理的反応	43
	1. がんの症状自覚	44
	2. がんの精査	44
	3. がんの診断	44
	4. 初期治療	46
	5. リハビリテーション	47
	6. 再発	48
	7. 進行期	48
	8. 終末期	49

B 実践編

1	コンサルテーションとアセスメント	小川朝生 52
	I コンサルテーションの基本	52
	1. コンサルテーションとは	52
	2. がん医療において望まれるコンサルテーション活動とは	53
	3. 精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意したいこと	53
	II 精神腫瘍学における初期アセスメントの方法；包括的アセスメント	58
	1. 精神心理的苦痛に関するコンサルテーションで注意したいこと	59

1

コンサルテーションと アセスメント

I

コンサルテーションの基本

がん患者には、せん妄や適応障害、うつ病など精神疾患が高頻度に出現する。これらの精神疾患に対して、適切な精神心理的ケアを提供するために担当医やプライマリチームと共同して対応することが精神腫瘍学の臨床活動である。

通常のコンサルテーション精神医学でも精神腫瘍学においても身体治療を念頭に置いて、精神症状への対応を行うことには変わりはない。しかし、とくに精神腫瘍学においては、がんに対する治療(抗がん治療)の内容や今後の見通しを踏まえた対応が強く求められている特徴がある。

本章では通常のコンサルテーション活動と比較しながら、精神腫瘍学のコンサルテーション活動の実践について考えてみたい。

1. コンサルテーションとは

コンサルテーションという言葉は日常でもしばしば使われる。一般的にはコンサルテーションとは、相談する側(コンサルティ)が抱えている問題への対応・方略に関して、専門性の異なる相談を受ける側(コンサルタント)がその専門性に沿った情報提供を与えることを指す。医療、特にチーム医療が強調される場では、コンサルティとコンサルタントとのお互いの働きかけが強調され(相互コンサルテーション)、異なる専門性・役割をもつ者同士が、それぞれの専門性に基づき状況を検討し、今後の方針に関して話し合い意思決定をすることが重要視される。つまり、一方的に情報を伝えるのではなく、お互いの問題意識・情報を共有し、最善の方法を探る過程が重要になる。

とくに精神腫瘍学や緩和医療の領域において意識しなければならない点は、

- ①コンサルティは担当医・病棟スタッフであること
- ②最終的な決定権はプライマリ・チームが持つ

点である(図1)。

すなわち、精神腫瘍学のコンサルテーションは、患者にとって有益であるだけでなく、担当医や病棟スタッフにも有益でなければならない。コンサルテーションを行うにあたり、主治医-患者関係や病棟スタッフ-患者関係に配慮をすること、コンサルテーションで提案できることは担当医やプライマリ・チームが理解できること・実際にできることでなければならない。

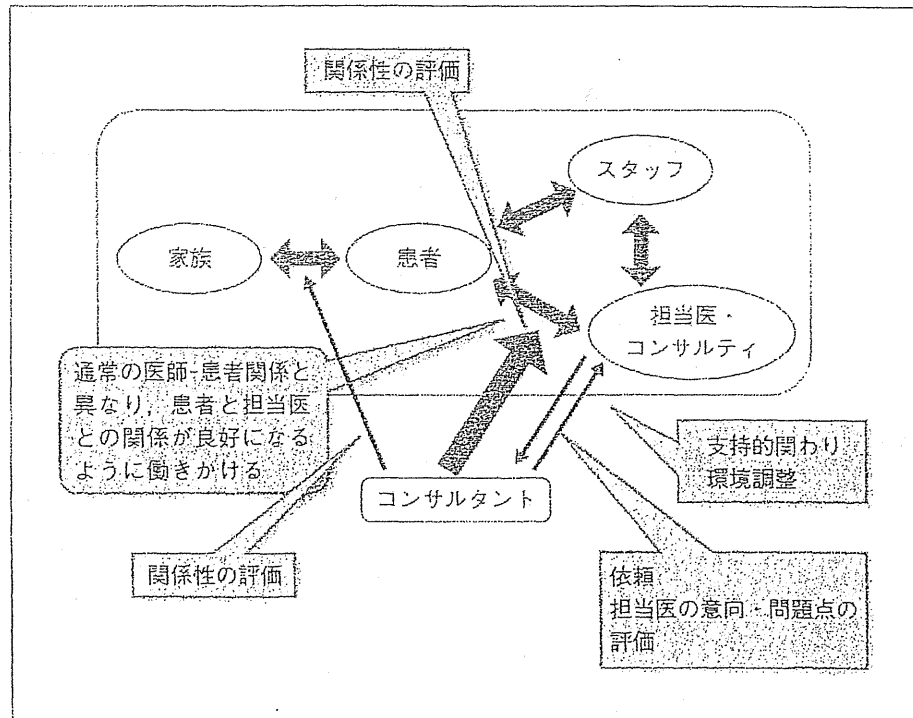


図1 コンサルテーションにおけるコンサルタントの関わり

2. がん医療において望まれるコンサルテーション活動とは

高齢化社会を迎え、誰もが罹患しうる疾患となった悪性腫瘍ではあるが、その治療体系は非常に高度化している。すなわち、外科手術に加えて、抗悪性腫瘍薬による薬物療法や放射線治療など複数の治療手段を併用する。そのために治療方針を決定するにあたり、複数の専門家が意見を交換しつつ、治療の全体構造を議論し、最善の方法を提案する手続きが必要になる。ここに、がん医療の特徴である①集学的治療(多職種によるチーム医療: interdisciplinary team)と包括的なアセスメント(comprehensive cancer care)が現れる。

身体症状のアセスメントが重要であることは、通常のコンサルテーションと同様である。しかし、精神腫瘍学においてはがんのチーム医療の一翼を担うことから、他の専門職種と密に連携するために、明快な判断基準を示して今後の見通しを明示するとともに、わかりやすい情報提供が望まれる。

より具体的には、精神腫瘍学においては通常のコンサルテーション活動に加えて、治療の段階、今後の治療方針、予後を踏まえた見通しをはっきりと示す必要がある(表1)。

3. 精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意をしたいこと

依頼を受けてから診察までに

1) 依頼に至った背景を直接担当医や病棟スタッフから聞き、ニーズを把握する

コンサルテーションの依頼理由はさまざまである。コンサルテーションを依頼するに至った経緯をプライマリ・チームから直接聞くことで、依頼側がどのような認識を持っているのか、何を

表1 通常のコンサルテーションと精神腫瘍学におけるコンサルテーションとの比較

	通常の精神科 コンサルテーション	精神腫瘍学における コンサルテーション活動
対象	身体疾患全般	がん医療に特化
介入	精神科医単独	多職種協調型チーム
対応	精神症状への対応	精神症状への対応に加えて包括的な症状緩和・相互調整
治療期間	一般にコンサルテーション活動に対する時間的な束縛は少ない。ある程度身体治療と独立した対応が可能。	抗がん治療の段階を踏まえた対応が必要。治療の見通しを立てる必要があり、症状への対応に関しても時間的な制限がかかることがある。
アセスメント	精神症状	包括的
療養場所の選定		ケアの一環として対応
意思決定の支援		ケアの一環として対応
複合的な問題への対応		ケアの一環として対応
家族・遺族ケア		ケアの一環として対応
サバイバー	個別の対応	ケアの一環として対応
在宅連携		在宅支援診療所との連携
教育		チームの機能として実施

問題と認識しているのか、解決を願っているのはどのような問題なのかを明らかにする。

依頼の内容には、原因のはっきりしない身体症状が混じることがある。抗がん治療中に身体症状緩和に難渋することはしばしばあり、担当医、病棟スタッフの感じる重圧、罪悪感、あせりは大きい。逃げを求めての依頼が出されることもある。担当医の労にも配慮をしたい。

2) 経過をまとめる

精神腫瘍学のコンサルテーションの特徴は、がん医療における治療経過が一般身体医療と比較して明確な段階を踏まえている点である。

がんの経過は、がんが疑われる症状が出現した時から、検査・受診に至るまでの過程、確定診断、告知、全身評価、治療開始、経過観察とその時の変化、再発告知、積極的治療の中止、終末期との段階を経る。

まとめる時のポイント

基本的な情報

- がん種
- 初診までの経過(意外と患者、家族に葛藤がある)
- 確定診断日
- 告知を受けた日
- 告知を受けた時は患者のみであったか、家族も同伴していたのか
- 告知の内容

- 告知直後の反応(負荷がかかった際にどのような反応、適応を示したのかを知る上で重要)
- staging
- 転移の有無、転移臓器
- 浸潤

手術

- 手術の位置づけ・目的(根治治療か姑息手術か)
- 患者・家族の理解
- 手術(術式)、病理診断
- 術後補助化学療法の有無
- 治療効果の判定

化学療法

- 化学療法の位置づけ[術前化学療法(neoadjuvant)か術後補助化学療法か(adjutant)](first line か second line かあるいは third line 以降の位置づけか)
- 治療場所(外来か入院か)
- レジメン(抗腫瘍薬の種類)は何か、標準的治療か否か、標準的治療でない場合、なぜその治療方法が選択されたのか
- 患者、家族の理解はどうだったか
- 予想された有害事象は何だったのか
- 実際に発現した有害事象は何だったのか、有害事象にはどのように対応されたのか
- 治療はスケジュールどおりに施行されたのか、施行されなかった場合その原因は何だったのか

放射線療法

- 施行部位
- 治療目的(予防目的なのか根治なのか、緩和目的か)
- 予想された有害事象は何か
- 患者、家族の理解
- 実際に出現した有害事象は何だったのか、有害事象にはどのように対応されたのか

second line 治療への移行

- PD(progressive disease: 治療効果がない)と判定された理由
- 患者・家族への説明、理解の内容
- 提示された次の治療は何か
- 患者・家族が希望したものは何か

積極的抗がん治療の中止

- 積極的治療の中止が推奨された理由
- 患者・家族への説明、理解の内容
- 患者・家族が希望したものは何か

在宅療養への移行

- 移行が提案された背景
- 患者・家族の理解
- 患者の希望は何か
- 家族の意向
- 介護力はあるのか
- 必要な支援は何か
- 地域でのサポート体制はあるのか(在宅医、訪問看護)
- 必要な支援制度は導入できているのか(介護保険)

3) 投薬内容を確認する

がん医療で問題になる精神症状に、薬物に関連した問題が多い。依頼に関連した症状の出現前後での投薬内容の変化は注意して見直す。

特に注意すべき薬剤を以下にまとめる。

①オピオイド

オピオイドはがん性疼痛の症状緩和目的で頻用される。精神症状に関連して問題となるのは、開始・増量時の眠気や注意力障害、せん妄である。

オピオイドが使用されている場合には、症状緩和の目標とされている疼痛の部位と性状、オピオイドのベースの投薬量、レスキューの使用回数とその効果を確認する。もしもオピオイド・ローテーション(オピオイドの切り替え)がなされていた場合には、切り替えの用量や投薬時期が適切かどうか確認する。

②ステロイド

ステロイドが投薬されている場合には、使用目的が何かを確認する。

抗悪性腫瘍薬の有害事象対策で処方されている場合と、倦怠感の緩和目的で処方されている場合がある。とくに有害事象で投薬されている場合には、大量投与の場合が多い。

ステロイドの開始に伴い、不眠や一過性の気分の高揚・不安の増悪が出現することがある。服薬の開始時期、投薬内容、投薬時間(とくに夕方から夜間に投薬されていることはないか)を確認する。

③制吐剤

制吐剤に関しては、がん医療ではオピオイド開始にあわせて、吐き気対策でプロクロロールペラジン(ノバミン[®])が頻用されている。通常開始後1週間で漸減中止が推奨されているが、しばしば継続して処方され続けている場合がある。また、複数の抗精神病薬が処方されている場合も稀にある。過鎮静がないか、倦怠感の出現がないか確認する。

4) 家族歴・地域の状況を確認する

通常の家歴に加えて、

①家族のがんの罹患の有無

②もしもがんに罹患した家族がいるならば、その時の印象を強くもち、状況を重ねて考えている場合がある。丹念に家族の懸念を尋ねる。

③今後の方向性に在宅への移行も含まれている場合は、在宅資源についても尋ねる。

5) 病床を訪れるにあたり

基本的なマナーではあるが、以下の項目にはとくに注意を払いたい。

①ベッドサイドに座り時間をかけて対応する姿勢を示す。

②視線の高さを患者に揃えて、決して見下ろすような体制は避ける。

③患者が話しやすいように環境を整える(ベッドの高さを調整する、布団を直す、口をしめらすために吸い呑みをわたすなど)。

6) 挨拶をする、インタビュー・診察を進める

面接を開始するに際しては、今回診察にうかがうに至った経過を説明する。改めて指摘するまでもないことではあるが、コンサルテーションという特殊な体制であることを明確にすることが重要である。

インタビューへの導入

- 簡単に自己紹介をする
- 主治医より依頼を受けたことを伝える。
- 主治医が依頼をした背景や担当医が懸念していること、依頼を通して担当医が目指していることを伝える。
- 依頼を受けて、精神腫瘍医自身として、患者にも担当医にも役立ちたいとの意思をもって、うかがった旨を説明する。

患者はとくにがんの治療を目的に入院しており、精神症状に関して意識をしていない場合が多い。また、身体治療中に不安や懸念、感情を言葉に出すことを躊躇し抵抗を感じる患者もいる。不安や感情を医療の場でもよいことを説明し、安心できる環境を設定する。

① 病気や予後についてのとらえ方に注意する。

患者の疾患や予後の理解や、疼痛・機能喪失などについての関心・不安について尋ねる。

② 患者が直面している人生・生活の苦しみについて理解をあらわす。

がんが家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについて尋ねる。

患者の誇りに思っていることを尋ねる。

③ 精神症状を評価することの意義と重要性について話し、患者自身にも観察者の役割を担っていただく。

④ 診察の最後には患者に具体的な情報や対応、今後の予定を伝える。

患者が家族に関連して懸念に思っていること、仕事や生活の上で不安に感じていることも積極的に扱う。がんを患ったことで家族や仕事に対して思っていること、がんという疾患が、家族関係や社会的役割に与える影響について話し合う。患者が感じる自立の喪失は大きいことが多い。患者の生活に関心を寄せていること、患者の自立性を回復させることを願っていることを伝えることで、がんという疾患だけではなく、人として尊重していることを伝え、支持することになる。

7) 身体症状に注意をする

がん医療は概して緊急対応を要する事態は急性期疾患に比較して少ないが、それでも生命に直結する症状が精神症状と誤解されて依頼されることがある。少なくとも即時対応が求められる下記の症状の有無は確認する。

◦ 横断麻痺

膀胱直腸障害、四肢脱力、感覚障害が出現する。24時間以内の対応が必要であり、疑われる場合は担当医に直ちに連絡する。

◦ 呼吸抑制

オピオイドによるせん妄が放置され、過量投薬が続けられた場合にみられることがある。

◦ 上大静脈症候群

8) カルテへの記載

診察の終了後、診療記録は簡潔にわかりやすく記載する。診断名とともに診断の根拠、疾患の原因(特にせん妄については、背景因子を含めて記載する)、治療方針を示す。

推量や感想は誤解を招くことがあり記載はさける。また、プライマリーチームを責めたり、批評することはさけない。

記載にあたってのポイント

- 診断名
- 原因や診断の根拠をはっきり、わかりやすく。
- 難しい専門用語は使わない。
- 明確な治療方針を示す。
- 今後の見通しを明らかにする。
- 実行できる方針を示す。
- 不明点の問い合わせ先も記載

9) 直接依頼元の担当医に返事をする

上記の内容を返信に残すだけでなく直接担当医と話す。

- 選択肢をいくつか用意する。

プライマリーチームが実行しやすい方法をいくつか用意する。その上で、選択肢が実行できるかどうか、できないとすれば代替りの方法はあるか、話し合う。

- 自分の主張に固執しない。

対応が幾通りもあるならば、推奨する方法に固執することを避ける。受け入れにくい理由を尋ね、現実的な方法を探る。

10) 定期的なフォローアップを行う

がん患者の場合、全身状態が日々変化するため、毎日症状の変化を追うことが望ましい。



精神腫瘍学における初期アセスメントの方法：包括的アセスメント

ほとんどのがん患者とその家族は、がん罹患したことでさまざまな情動体験を経験する。この体験を総称して、精神心理的苦痛や心理社会的苦痛と呼ぶ。

がんに対する適応とは、この精神心理的苦痛を何とか乗り越え、がんに関連した人生の出来事をコントロールしようとする試みにほかならない。

このがんという体験への適応は、単純に1つの出来事ではない。がんの診断から治療、観察期間、再発、積極的治療の中止など一連の出来事への対処の総体である。この体験は大きくがんや身体に由来する因子(身体症状、精神症状)、社会生活に由来する因子、対人関係に由来する因子、

表2 精神心理的苦痛

<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学的問題 <ul style="list-style-type: none"> —うつ病の診断とマネジメント —不安 —せん妄・認知症 —自殺企図 ・心理・社会的な諸問題 <ul style="list-style-type: none"> —死にゆく人が望むことは —患者と家族のコミュニケーション —悲嘆の理解とマネジメント —家族の問題 —スタッフの燃えつき ・実存の問題 <ul style="list-style-type: none"> —倫理的問題 —生命の危機的状況に直面した際の人格の成長、発達 —がんに伴う苦しみへの対応

患者の生き方や人生観など価値観に由来する因子に分けることができる(表2)。

このようなさまざまなストレス因子に対処しなければならない患者は、ほぼ全員が何らかの情緒的・心理的な負担を感じ、一部の患者は精神医学的問題を経験する。しかし、適切な支援を受けている患者はわずか数パーセントに過ぎない。

患者が適切な支援を受けていない原因の1つに、医療者が精神医学的問題や心理学的問題をどのように評価してよいかわからないために、「患者はつらそう」だけれども「どう対応してよいかかわからない」ために支援ができない問題が指摘されている。

1. 精神心理的苦痛に関するコンサルテーションで注意したいこと

精神心理的苦痛の中には、

- ①疾病や治療に対する反応である心理社会的苦痛
- ②身体疾患(がんや治療)の症状として出てくる精神症状、苦痛への適応の努力が破綻したために出てくる精神症状(医学的な対応(薬物治療)を考えなければならない状態)があることである。

この2つでは対応すべき方法が異なるので注意をしたい。

通常心理社会的苦痛に対しては、

- ・担当医の丁寧な面談や心理的サポート
- ・病棟スタッフの共感に満ちた傾聴、情緒的サポート
- ・経済的支援(高額医療)や介護保険などの社会保障制度の紹介と利用
- ・退院支援サービスの利用
- ・患者教室を通じた情報提供、ストレスマネジメント、リラクゼーション

の有効性が報告されているし、看護ケアの工夫が熱心に取り組まれている領域でもある。

また、より深く関わる心理社会的介入には、専門看護師や認定看護師によるケースマネジメントも効果的であるし、心理技術職によるエビデンスの確立した心理療法(認知行動療法)も全身状態が安定している患者であれば考えられる。

一方、身体疾患(がん)や薬剤によって生じる精神症状、あるいは心理的苦痛に対して努力をしたものの残念ながら適応が破綻したために出てくる精神症状がある。これは注意をしないと一見、普通の「不安」や「落ち込み」と思われがちであるが、身体治療や薬物治療が必要であり、傾聴など一般的な心理社会的支援だけでは改善しない。薬物療法を含めた専門的な対応が必要になる。

がん医療で問題になっているのは、この精神症状が見落とされることが多く、患者が適切な治療を受けていない点である。一般的にがん患者のうち、20~40%に何らかの精神医学的な問題があり、このうちの75%の患者が精神医学的な問題を見落とされ治療を受ける機会を失っていると言われる¹⁾。

精神腫瘍学のコンサルテーションを行うにあたり、

- ①せん妄や認知障害、抑うつや不安などさまざまな精神科合併症をもった患者に対して専門的な技能をもった医療者として、多職種の間わりを通して支援を提供すること
- ②精神心理的苦痛の評価は、信頼性の定まった精神医学的評価および心理評価を行うこと
- ③精神医学的評価と支援はがんの治療を通じていつでも提供されなければならないこと
- ④支援は患者のみならず家族に対しても提供されるべきであること

に注意を払いつつすすめることが重要である。

2. 包括的アセスメント²⁾

精神腫瘍学においては、全身状態や今後の治療の展開、療養場所の選定を想定した対応を考える。下記の項目を中心に、総合的な評価を行う³⁾。

- 全身状態(PS: Performance Status, ADL)、治療の段階、予後
- 必要とされる治療
- 精神科診断、精神症状の重症度
- 心理社会的問題
- 介護の問題
- 患者の意向、家族の意向、医療者の意向
- QOL

1) アセスメントの順序

精神心理的苦痛のアセスメントをする時に、解決できる問題を見落とさないことをまず第一に考えて、下のような順番で評価していくことを勧めている(図2, 3)。

①身体症状評価

まず最初に考えなければならないのは、その苦痛が身体症状から来ている苦痛ではないかを考える点である。身体症状から来る苦痛(疼痛、倦怠感、呼吸困難感など)が緩和できているかどうかを考えて、それが否定できるか、あるいはほとんど症状緩和がなされていると判断できる場合に、はじめて2番目の可能性の精神症状を考える。そして精神症状の緩和(せん妄に対する対応、うつ病に対する対応など)がなされている。あるいは否定できると判断して、はじめて社会環境・経済的問題、心因的な問題を検討する。

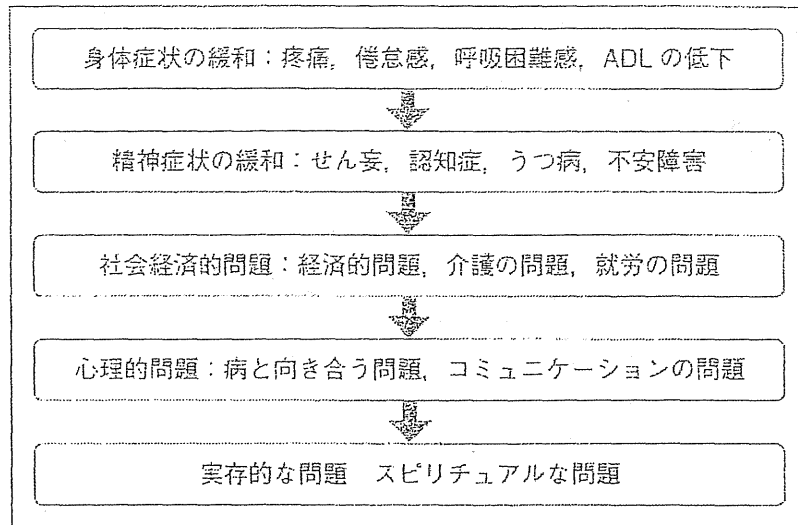


図2 「つらいです」と言われたときに

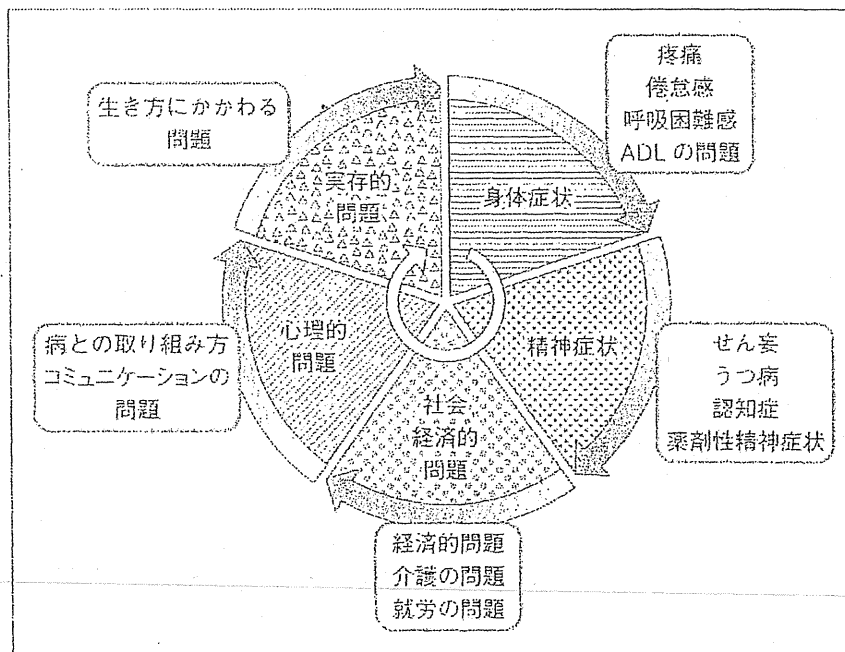


図3 包括的アセスメント

②精神症状評価(図4)

i) 精神症状評価の注意点1(意識障害の評価)

精神症状の評価は、まず意識障害の有無の判断から考える。

これは意識があらゆる精神活動の基盤になっているからである。意識障害があると、意識が曇り、注意が続かなくなる(傾眠)だけではなく、精神活動の内容も乱れ、あらゆる症状が出現するためである。

軽いせん妄の場合には、不安だけが前面に出ることがしばしばある。高齢者で夕方あたりより、何となくそわそわとして困った様子でいることがある。その落ち着かない様子だけを見て、「不安」

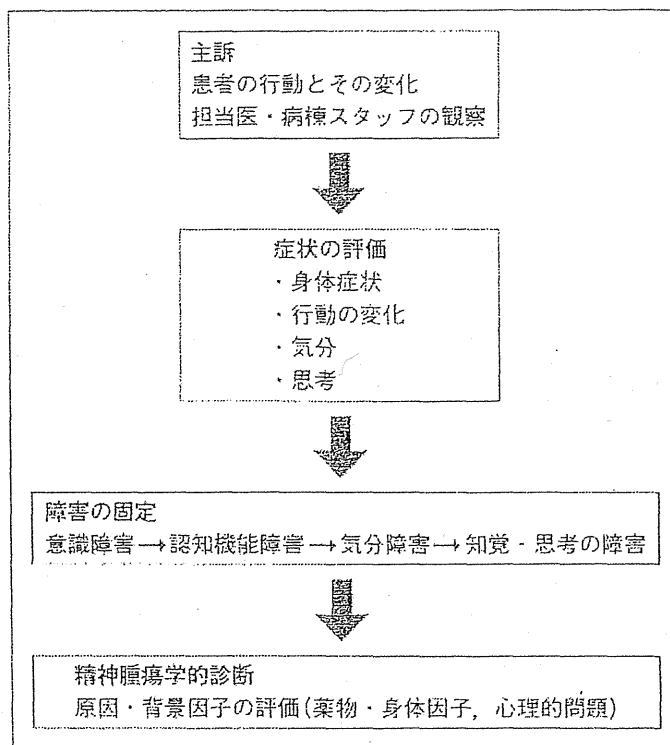


図4 精神症状評価の流れ

と判断してはならない。会話はまとまらなければせん妄の一症状として対応をする。一般臨床において、そわそわしているから不安として抗不安薬を内服させ、せん妄を増悪させる事例が多いのでぜひ注意をしたい。

ii) 精神症状評価の注意点2(気分障害の評価)

意識障害の次に、気分の評価である。

うつ状態はがん患者の約30%に認められるが、高率で見落とされている。見落とされる理由として、「がんになったのだから落ち込むのは当たり前」と心理的に解釈してしまい、うつ状態・うつ病のアセスメントを受けられない点にある。がん患者であっても大半の患者はうつ病にならずに過ごしており、安易に決めつけがちなことは注意を払いたい。

患者も、身体の治療中であることから、精神症状(抑うつ気分や意欲の低下)に気がつかないことも多いし、気持ちの問題を医療者に話をしても仕方がないと思っていることも多い。

iii) 精神症状のアセスメント3(不安)

「不安」という言葉も、当たり前のように使われる反面、さまざまな意味が混じるため混乱を生じている。

「うつ」にもいろいろなレベルがあるように、不安についてもレベルがある。

不安一 病的な要素のない不安(正常な不安)

病的な不安

ほかの症状を伴った症候としての不安：不安症状

また、不安は身体症状でもある。臨床でしばしば経験するのは、患者が「不安ではない」と否定