

CQ

35 心理社会的介入は乳癌患者に有用か

エビデンス
グレードLimited-
suggestive
(可能性あり)

原発乳癌および転移乳癌患者ともに、心理的な効果は一部に認められるが、効果の持続は短期間にとどまる。

エビデンス
グレードLimited-no
conclusion
(証拠不十分)

生存期間の延長をもたらすという十分な根拠は認められない。

◆ 背景・目的

乳癌患者は病気のあらゆる段階において、さまざまな心理社会的苦痛を受けることが報告されている。したがって、それらの苦痛を軽減する方法が長年にわたり試みられてきた。精神科的な薬物療法は有力な手段の一つであるが、心理社会的なサポート介入も期待されている。こうした心理社会的介入の有効性について、2008年版に引き続き、検証を行った。

◆ 解説

2008年版では、系統立った文献検索により、メタアナリシスを含むシステマティック・レビューが2件、質が高いとはいえないが重要なランダム化比較試験4件の計6件が選択された。2008年版以降、メタアナリシスやシステマティック・レビューが3件、新たなランダム化比較試験が22件選択された。このうちランダム化比較試験については、介入内容はさまざまであったが、結果の大きく異なる報告や質の高い報告は認められなかったため、今回は原発乳癌患者において生存期間をアウトカム指標とした1件のみを追加採用した。さらに、2008年版の文献を若干整理し、システマティック・レビュー3件、ランダム化比較試験2件の計5件を選択した。

転移乳癌患者への心理的介入(教育、個別認知行動療法、心理療法、あるいは集団サポート)に関するランダム化比較試験のCochrane Databaseのシステマティック・レビュー(2008年)では¹⁾、5件の原論文が選択された。介入方法は、2件は認知行動介入であり、3件は支持-実存的グループ療法による介入であった。これらの研究から得られた効果は限定的なものにとどまる。心理的効果が複数の研究で認められたものの、その効果の持続は数カ月しか認められなかった。また、これらの研究においては多種多様なアウトカム指標が用いられ、フォローアップ期間もさまざまであったため、心理的アウトカムの明確なパターンは明らかとはならなかった。また、心理介入による生存期間延長の可能性を示唆する報告が従来なされていたが、その後行われた4つの研究(一つは最初の研究グループと同じグループによる追試)では再現性は認められなかった(オッズ比0.83, 95%CI: 0.53-1.28)。2004年に報告されたメタアナリシスにおいても²⁾、やはり生存期間の延長は認められなかったが、本研究の対象は8試験すべてを合わせても1,062人にとどまり、多数例での解析がなされていない点に留意する必要がある。

上記のシステマティック・レビュー2件が取り扱った対象は主に転移乳癌患者であるが、乳癌

の診断後あまり時間を経っていない患者、あるいは早期乳癌患者に対する有用性の検証もなされている。Naamanら³⁾が行った、全病期の乳癌患者を対象とした心理的介入の効果に関するシステマティック・レビューでは、不安の軽減(効果量-0.40, 95%CI:-0.72--0.08), 抑うつ軽減(効果量-1.01, 95%CI:-1.48--0.54), QOLの改善(効果量0.74, 95%CI:0.12-1.37)においていずれも中程度の効果が認められたが、さらなる臨床試験での追試が推奨がなされている。Andersonら⁴⁾が行った、227人の術後乳癌を対象とした心理的介入(週1回4カ月間+月1回8カ月間の小グループによる心理・行動学的介入)の効果に関するランダム化比較試験によると、介入群では再発(HR:0.55, 95%CI:0.32-0.95, $p=0.034$), 乳癌死亡(HR:0.44, 95%CI:0.22-0.86, $p=0.016$), 全死亡(HR:0.51, 95%CI:0.28-0.93, $p=0.028$)ともそのリスクが減少していた。本研究は、術後の早期乳癌患者を対象に心理社会的介入の生存期間に対する効果をみた最初の報告であり、今後の再現性の検証が必要である。わが国からの優れた報告もある。Fukuiら⁵⁾による、46人の日本の原発乳癌患者を対象とした心理社会的介入(6週の構造化された健康教育, 対処技術訓練, ストレス管理, 心理的サポート)のランダム化比較試験によると、介入群では6週目に活力と癌との前向きな取り組み(コーピング)において、対照群との比較で有意に高いスコアを示し、6カ月目まで効果は持続した。しかしこれ以降、わが国から心理社会的介入の有効性を評価したランダム化比較試験は報告されていない。

以上より、転移乳癌患者に対する心理社会的介入の効果は、心理的アウトカムの一部でしかなく、また持続期間も短期にとどまると結論付けられるため、推奨するための根拠は不十分であると判断した。また、原発乳癌患者対象の研究においても、効果は一部の指標で認められるものの、再現性に乏しく、評価指標の多重性の問題や対象症例数を考慮すると、エビデンスレベルの高いものは少数にとどまる。

近年、介入方法として認知行動療法, リラクゼーション, ヨガ, 瞑想, 催眠などさまざまな方法が試みられ、ランダム化比較試験が報告されているが、いずれもエビデンスレベルは2bの論文であり、その後の追試等も行われていない。

心理社会的介入論文の限界は大きく分けて3つある。一つは、介入プログラムの信頼性・妥当性に関する問題であり、信頼性・妥当性に関する記述が不明確なものが多い。二つ目は評価指標の選択基準である。患者の負担を考慮すると、最小限の、確立された尺度を用いることが望ましいが、その点の記載が不十分な文献が多い。三つ目は症例数設定根拠と解析手法、結果の多重性の扱いである。症例数の設定根拠に触れている論文は極めて少ない。また、複数の評価指標を同時に用いる研究が多いが、プライマリーエンドポイントの設定が明確でなく、どれかで有意差が出ればよしとする姿勢が多々見受けられる。そのために、エビデンスレベルを1段階下げざるを得なかった論文が多かった。

◆ 検索式

PubMedで、Breast Neoplasms/therapy, Psychotherapy, Social Support, psychosocial interventionのキーワードを用いて検索した。検索期間は1996年1月~2010年12月とした。医中誌では乳房腫瘍, 精神療法, カウンセリング, 社会環境, 紹介と相談, 心理学的介入, 心理社会的介入のキーワードを用いて検索した。検索期間は1983年1月~2010年12月とした。

最終的に選択された海外文献該当 480 件より、タイトルと抄録により、CQ に関連がないものや、明らかに抄録や総説とわかる論文を除き、2008 年版と合わせ 60 件選択、原論文査読により、エビデンスレベルが 2c 以下のもの、追試験が行われず特殊性の強いもの、評価指標が免疫指標などの文献を 55 件除外し、CQ の解説に 5 件引用した。国内文献該当 127 件には採択すべき論文はなかった。

◆ 参考文献

- 1) Edwards AG, Hulbert-Williams N, Neal RD. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; (3) : CD004253. (レベル 2a)
- 2) Chow E, Tsao MN, Harth T. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliative Medicine* 2004 ; 18(1) : 25-31. (レベル 2a)
- 3) Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients : a report of three meta-analysis. *Psychiatry* 2009 ; 72(1) : 50-69. (レベル 2a)
- 4) Anderson BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreuta DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients : a randomized clinical trial. *Cancer* 2008 ; 113(12) : 3450-8. (レベル 2b)
- 5) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000 ; 89(5) : 1026-36. (レベル 2b)

- interactions. New Approaches to Brain Tumor Therapy Central Nervous System Consortium. J Clin Oncol, 1997 ; 15(9) : 3121-3128.
- 9) Chang SM, et al : Phase I study of paclitaxel in patients with recurrent malignant glioma—a North American Brain Tumor Consortium report. J Clin Oncol, 1998 ; 16(6) : 2188-2194.
 - 10) Vecht CJ, Wagner GL, Wilms EB : Interactions between antiepileptic and chemotherapeutic drugs. Lancet Neurol, 2003 ; 2(7) : 404-409.
 - 11) Bourg V, et al : Nitroso-urea-cisplatin-based chemotherapy associated with valproate—increase of haematologic toxicity. Ann Oncol, 2001 ; 12(2) : 217-219.
 - 12) Ghosh C, et al : Fluctuation of serum phenytoin concentrations during autologous bone marrow transplant for primary central nervous system tumors. J Neurooncol, 1992 ; 12(1) : 25-32.
 - 13) Grossman SA, Sheidler VR, Gilbert MR : Decreased phenytoin levels in patients receiving chemotherapy. Am J Med, 1989 ; 87(5) : 505-510.
 - 14) Dofferhoff AS, et al : Decreased phenytoin level after carboplatin treatment. Am J Med, 1990 ; 89(2) : 247-248.
 - 15) Schroder H, Ostergaard JR : Interference of high-dose methotrexate in the metabolism of valproate? Pediatr Hematol Oncol, 1994 ; 11(4) : 445-449.
 - 16) Gattis WA, May DB : Possible interaction involving phenytoin, dexamethasone, and antineoplastic agents—a case report and review. Ann Pharmacother, 1996 ; 30(5) : 520-526.
 - 17) Lackner T E : Interaction of dexamethasone with phenytoin. Pharmacotherapy, 1991 ; 11(4) : 344-347.
 - 18) Wong DD, et al : Phenytoin-dexamethasone—a possible drug-drug interaction. JAMA, 1985 ; 254(15) : 2062-2063.
 - 19) Rabinowicz AL, et al : High-dose tamoxifen in treatment of brain tumors—interaction with antiepileptic drugs. Epilepsia, 1995 ; 36(5) : 513-515.

(小川朝生)

V リハビリテーション

1. 心のケアとリハビリテーション

がん患者に対する心理的な効果を期待できる介入法の1つとして、リハビリテーションが注目されてきている。以前より、がん患者に対するリハビリテーションは「患者の身体的-心理的-社会的側面の間には存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくと言われるように¹⁾、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されてきた。ところが、リハビリテーションは元来、日常生活活動能力(activities of daily living: ADL)の改善・向上を主たる目的として行われてきたため、がん医療においては、医療者、患者ともに、ADLを改善し社会復帰を目指すというイメージの強いリハビリテーションに対して、積極的な介入を求めることは少なかった。

しかし近年、がんによる症状、あるいは治療に伴う副作用を抱えながら長期生存する患者が増えてきたこと、あるいは緩和医療の進歩などに伴い、がんのリハビリテーションへ関心が向けられるようになり、心理的な側面に対する効果も報告されるようになってきた。

2. がん患者・家族のリハビリテーションへの期待

筆者らの研究結果を通して、がん患者とその家族がリハビリテーションにどのような効果を期

待し、また感じているかをみてみたい。

がん専門病院に入院中の23名の患者に対してリハビリテーションを2週間実施し、患者とその家族に対して、リハビリテーションの前後で何が変化したかを調査した。患者の状態は、PS3が12名(52.2%)、4が8名(34.8%)で全体の87%がPS3~4であり、実施されたリハビリテーションの内容は、主として立位訓練、歩行訓練、上肢機能訓練であった。リハビリテーション介入の結果、いくつかの身体面の変化とともに、患者、家族とも感情状態(face scaleによる評価)が大きく変化していた。すなわち、心理的な苦痛がリハビリテーション後に軽減していた。

またその際、患者と家族のそれぞれから、リハビリテーションの効果をどのようなことで感じたかを調査したところ、患者からは「指導を受けることによる安心感」、「精神的支援」などが挙げられ、家族からは「精神面での効果」、「楽しみ」、「自信回復」など患者の心理面への影響に関する内容が挙げられていた²⁾。以上の点から、がん患者に対するリハビリテーションは、患者、家族ともに心理面での効果を期待できると思われる。

3. 各時期におけるリハビリテーションの留意点

疾患のそれぞれの時期においてリハビリテーションが対象となり得る領域についてまとめたものを表11に示す³⁾。ここでは各時期について、リハビリテーションを行う際の留意点を、とくに心理・社会的側面に焦点を当てて述べる。

表11 がんの各時期におけるリハビリテーションの対象領域

疾患の時期	領域
I. 診断から治療計画立案まで	1. がん治療が機能に及ぼす影響の予測 2. 機能の維持に関する理解 3. 総合的なリハビリテーション評価(ROM, ADL など)
II. 初回治療時	1. 治療が機能に及ぼす影響の評価 2. 活動の増加による機能の回復と維持 3. 痛みのコントロール
III. 初回治療後	1. 日常生活を回復し健康的なライフスタイルを促進するためのプログラムの開発と支援 2. 自己チェックすべきことについての患者への教育 3. 移動に関する維持プログラムの管理
IV. 再発時	1. 再発の衝撃やそれが機能へ及ぼす影響についての患者への教育 2. 臨床所見でチェックすべきことについての患者への教育 3. 機能を維持しその低下を予防するための適切なプログラムでの患者管理 4. 活動やQOLを維持することでの患者への援助
V. 終末期	1. 移動訓練、身体機能維持、補助具に関する患者/家族への教育 2. 薬物以外での痛みへの対応と症状コントロール 3. 自立とQOLの維持

ROM : range of motion(関節可動域)

(Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 ; 92 : 975-979 より引用)

1) 外科的治療前後のリハビリテーション

この時期は治療を開始して間もない患者も多く、「がん」と診断されたことや、手術に伴うボディイメージの変化などにより患者自身が精神的に落ち込みやすい時期であることを十分考慮しておく必要がある。リハビリテーションを行うにあたって、患者が自分の疾患についてどのように説明を受け、どのように認識しているかをまず初めに確認しておくことが大切である。また、現在そしてこれからの生活において患者や家族がどのようなことを不安に感じているかを把握し、不安を解消できるように情報提供を行うことが重要である。

2) 化学療法中のリハビリテーション

現在は、入院だけではなく外来化学療法を行っている患者も多く、今後はさらに治療が外来の場に移行していくことが予想される。外来化学療法中の患者は、治療を行いながら自宅での日常生活を継続している。治療の副作用を抱えながら仕事や家事などを続けることは、患者にとって大きな負担となっている場合もよくある。患者が自分自身の症状を把握し、それに合わせた生活リズムを獲得できるよう、患者が生活の中で大切にしている活動を確認し、「やりたいこと・重要なこと」は行えるように、また「やらなくてはならないこと」は簡便化や省略などを提案していく。これにより治療中の患者の限られたエネルギーを重点的に費やす活動を明確にしていく。このようにして得られる、自分自身の生活を自分でコントロールできている感覚は、患者の自信につながっていく。

3) 再発・進行期のリハビリテーション

疾患の進行に伴い、患者は次々と起こる身体症状に対応することを余儀なくされている。その中で、疾患の治癒が困難となる状況を経験せざるを得ない場合も多いこの時期においては、患者への対応も注意を要する。治癒を目指している時期には、治療の時期は治療に専念しようとしている患者が多いため、リハビリテーションに対する希望も身体機能の改善が一番に挙げられる。しかし、シフトチェンジの時期にさしかかると、今後の全身状態の悪化を見越して、本当にやりたいことは何かを考えていく必要がある。このシフトチェンジには当然時間がかかり、患者や家族の気持ちは大きく揺れ動く。気持ちが揺らぐことを当然のこととして認識し、受容するとともに、その時々々の気持ちに寄り添いながら、患者と家族の選択を待つ必要がある。リハビリテーションの目標や介入についても、スタッフから押し付けることはせず、患者と家族が現実を受け入れ目標を見出す過程に付き合う必要がある。スタッフは常に「今が一番いい時期」と念頭におき、患者が希望したことはなるべく早急にかなえられるように、患者自身の残存機能の活用はもちろん、人的サポート・福祉機器の利用・社会資源の利用など、患者を取り巻く環境面へアプローチを行っていく必要がある。

4) 終末期のリハビリテーション

終末期のリハビリテーションにおいては、患者および家族のニーズが最も重要である。最後のときまで「トイレに行きたい」、「歩きたい」という希望が強くある場合、患者の機能改善は見込めないとしても、家族への介助方法の指導やベッド周り・トイレ周りの環境調整、歩行補助具の導入などにより、希望に添うことができる。この時期は患者や家族とのコミュニケーションも重要

になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者-家族-スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。また、全身状態が悪化しても、患者のベッドサイドに行き、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入を通して患者の身体に触れることで、最後のときまでリハビリテーションを行うことが可能である。

「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」と言われているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要な心理的援助になることが期待される。

文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. Support Care Cancer, 2002 ; 10 : 281-291.
- 2) Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 ; 92 : 975-979.
- 3) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it—results of a Japanese population. Disabil Rehabil, 2007 ; 29 : 437-444.

(岡村 仁)

VI 心理社会的介入

がん患者に高頻度にみられる精神症状の代表的なものは、診断後の不安・抑うつ、サバイバースhipにおける再発不安、進行・再発期における抑うつ、終末期における実存的苦痛などである。わが国においても、精神科医や心療内科医をはじめとした精神保健の専門家のがん医療への参画が強く求められているが、がん患者は精神療法的な援助を希望するものが多い¹⁾、必然的に心理社会的介入を中心とした関わりが求められることが多い。本項では、がん患者に対する心理社会的介入について概説する。

1. がん患者の精神症状に対する心理社会的介入の有用性のエビデンス

わが国でもっとも早く着手され、また最も幅広く試行されてきたがん患者を対象とした心理社会的介入は集団精神療法である(後述)。わが国においては、構造化された短期介入法として、東海大学のグループが乳がん患者を対象として本治療を導入し²⁾、国立がん研究センターのグループが乳がん患者を対象とした無作為化比較試験で、わが国のがん患者に対する有用性を実証した³⁾。

一方、がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした心理社会的介入の有用性を検討した無作為化比較試験は欧米を中心として多数報告されている。しかし、がん患者やがん患者を含めた身体疾患患者の不安、抑うつに対する個人精神療法および集団精神療法の有効性がメタアナリシスにより示唆される一方で⁴⁻⁷⁾、系統的レビューの結果では一定した見解は得られてい

6

家族性腫瘍

近年の分子遺伝学の発展は、臨床における遺伝性疾患のリスクの評価にも重要な変化をもたらした。発症していない者に対しても、遺伝性疾患の可能性についての情報を提供できるようになってきた。がん医療においても同様で、がんが遺伝子の病気であることがわかってくると同時に、明らかに遺伝性の特徴を有し家族集積する「家族性腫瘍」の存在が知られるようになり¹⁻³⁾、それに対する遺伝子診断が試みられるようになった。しかしこうした技術の進歩の反面、遺伝子診断がもたらす心理・社会的影響については、その重要性は述べられるものの、わが国ではこれまであまり注目されてこなかった。このため、遺伝子診断が及ぼす心理・社会的影響は未知数であり、したがって遺伝に関する情報をどのように提供し、その後の支援をどのように行っていくかということについての指針も現在のところない⁴⁾。

サイコオンコロジーの領域においては、1990年代に入った頃より家族性腫瘍に罹患した患者、およびそのリスクを有する家族の心理・社会的問題の評価と、それへの対応に関する報告が欧米を中心にみられるようになった。それと同時に、遺伝情報を伝えるがん遺伝カウンセリングが注目されるようになり、それまでのがん告知に伴う患者の心理的負担だけではなく、遺伝子検査後の心理的負担にも関心がもたれるようになってきた。

1. 家族性腫瘍とは

これまでの研究によって、がんは遺伝子の変異によって起こってくる病気であることがわかってきた。つまりがんは“遺伝子病”であるといえる。ただし、大部分のがんは親から子に遺伝しない。それは大部分のがんが年齢を重ねるにつれて遺伝子が傷つくという、後天的な遺伝子の変化によるためである。すなわち、「遺伝子」と「遺伝」を区別して考える必要があるといえる。

しかし、ある家系の中には、がん(腫瘍)の患者がたくさん発生している家系がある。同じ種類のがん(腫瘍)である場合、ある特定のいくつかのがん(腫瘍)である場合、あるいはいろいろながん(腫瘍)である場合もある。このように、ある家系にがん(腫瘍)の集積がみられる場合、原因にかかわらず、がん(腫瘍)の家族集積、家系内集積、あるいは家族性腫瘍と呼んでいる。大部分の家族性腫瘍の臨床的特徴は、若年発症であること、多重がん(1つの臓器にいくつものがんができたり、いくつかの臓器に別々になんができたりすること)、あるいは両側がん(両側に1つずつある臓器では両方ががんになってしまう)であることがわかってきた。このような家族集積性を示すがんは頻度は高くないものの(日本では約5%前後)、ほとんどすべてのがんでみられる。

現在までに、家族性腫瘍の原因として判明している原因遺伝子は、①がん抑制遺伝子、②がん遺伝子、③DNA修復関連遺伝子がある。しかし、これらは研究段階のものから実用的なものまで

表 1 3つのカテゴリーによる家族性腫瘍の分類

<p>Group 1: 責任遺伝子が明確に同定されており, 検査の結果によって医療方針を決めることができる.</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族性大腸腺腫症; APC ・多発性内分泌腫瘍症 MEN2; RET ・網膜芽細胞腫; RB1 ・von Hippel-Lindou 病; VHL
<p>Group 2: 責任遺伝子と特定のがんへの易罹患性との関連がかなりの程度明らかになっているが, 研究的側面を残す.</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遺伝性非ポリポーシス性大腸がん; MSH2, MLH1, PMS1, PMS2 など ・家族性乳がん; BRCA1, BRCA2 ・Li-Fraumeni 症候群; p53
<p>Group 3: 疾患と突然変異との関係が明らかでない場合, あるいは責任遺伝子との関係がごくわずかな家族でしかわかっていない.</p> <ul style="list-style-type: none"> ・末梢血管拡張性運動失調症; ATM ・家族性黒色腫; p16

あり, 米国臨床癌学会(ASCO)は表 1 に示すようなカテゴリーに分類している⁵⁾.

2. 家族性腫瘍のハイリスク者にみられる心理社会的側面

1) がんになることへの心配・不安 (cancer worry)

ハイリスク者が最初に抱き, その後も最も悩まされ続ける心理的負担は, がんになることへの心配・不安である^{6,7)}. それは, 家族ががんになった年齢に自分が達したときに, 1つのピークに達するといわれている. 家族性乳がんのハイリスク者を対象とした研究では, 高いレベルの不安は定期的な受診や臨床検査を受けたり, 乳房の自己検診を行うなどの予防的行動を妨げることも示されている⁸⁻¹⁰⁾.

2) リスクの過剰認識

これまでの研究により, ハイリスク者は自分ががんになるリスクを過剰に認識している傾向があること¹¹⁻¹³⁾, またそれには 50 歳以下という若年齢が関連していること¹⁴⁾などが示されてきた. 逆に, 実際にリスクが高いにもかかわらず, 遺伝カウンセリングを受けたことがないような対象者は, 自分のリスクを過小評価している場合が多いといわれている. このような, リスクの正確な認識を助けるための介入研究もいくつか行われている.

3) 罪悪感 (guilt)

ハイリスク者にみられる特徴的な心理的負担の 1 つに, 「罪悪感 (guilt)」がある. 遺伝性腫瘍に罹患した場合には, 変異遺伝子を子どもたちに伝えることになるかもしれないという罪悪感を, もし家族性腫瘍に罹患しない場合でも, 他の家族の人たちが悩んでいるのに自分だけが苦痛から免れた, ということに対する “survivor’s guilt” を経験する. ハイリスク者の 25% は, もし自分が遺伝子変異を保有していないことがわかった後でも罪悪感を感じるであろう, と答えたという興味深い報告がある¹⁴⁾.

4) 孤立感

ハイリスク者の多くは、遺伝やがんのことを家族に話すことにためらいを感じ、親しい友人に対しても、自分のがんすることに常に気持ちが奪われていることを理解してもらえないと感じている。したがって、感情について話し合ったり、情報を分かち合うことで孤立感を軽減する、といった機会をほとんどもつことができないでいる。

3. 遺伝カウンセリングや遺伝子検査の心理社会的側面

1) 遺伝カウンセリングの心理社会的側面

遺伝カウンセリングが及ぼす心理的負担についてはいくつかの報告があり、Cullら¹⁵⁾、Watsonら¹⁶⁾はともに乳がんの家族歴を有する者を対象に、カウンセリング前後の心理的負担を General Health Questionnaire という質問紙法を用いて評価し、カウンセリングの前後で心理的負担の変動はみられなかったことを報告した。また、Lermanら¹⁷⁾は、239名の乳がんの家族歴を有する女性を対象とした無作為比較試験において、遺伝カウンセリングを受けた群のほうが一般的な健康教育を受けた群に比べ、3か月の追跡調査において、がんに関連した心理的負担の有意な低下が認められたこと、またそうしたカウンセリングの効果は、より低い教育歴の女性で強かったことを示した。

2) 遺伝子検査の結果開示後の心理社会的側面

遺伝子検査を受け、その結果を伝えられた後の心理社会的側面について、Lermanら¹⁸⁾はBRCA1変異に基づく乳がん/卵巣がん家系を対象とした前向きコホート研究の中で、46名のBRCA1変異保有者、50名の非保有者、および46名の検査拒否者の3群について、検査前後(ベースライン・検査結果呈示後1か月)での抑うつ症状の変化を評価した。その結果、ベースライン、1か月後ともに、3群すべてで抑うつ症状の程度は正常範囲内であったが、変異非保有者は保有者、拒否者と比較して、1か月後の抑うつ症状は有意な軽減を示していた。また、変異保有者、検査拒否者については、抑うつ症状は増悪せず、変化を示してはいなかった。

また、Wagnerら¹⁹⁾は、Zung self-rating depression scaleを用いて、BRCA1またはBRCA2の遺伝子結果開示6~8週後の抑うつを調査し、有意差は認められなかったものの、変異非保有者でむしろ抑うつの得点が増加しており、これには罪悪感が関係している可能性があることを示した。

このように、これまでの多くの報告はいずれも遺伝子検査の結果に関わらず、検査結果開示後に明らかな心理的負担は生じないことを示している。この傾向はわが国でも同様であり、遺伝性非ポリポーシス大腸がん(HNPCC)または家族性大腸腺腫症(FAP)に関する遺伝子検査を受けた者の、検査結果開示後の心理的負担を精神科診断面接法によって評価した検討では、うつ病あるいは外傷後ストレス障害(PTSD)と診断されるほど強い心理的負担を経験する者はいないという結果であった²⁰⁾。これには、前述したような検査前の遺伝カウンセリングによる詳細な説明が影響しているのではないかと考えられている。

以上述べてきたようながん遺伝カウンセリング、遺伝子検査、およびそれらの心理社会的側面を評価するためのモデルプロトコールが1996年にBotkinら²¹⁾によって提唱され、現在でもこのプロトコールが基準となっている(図1)。

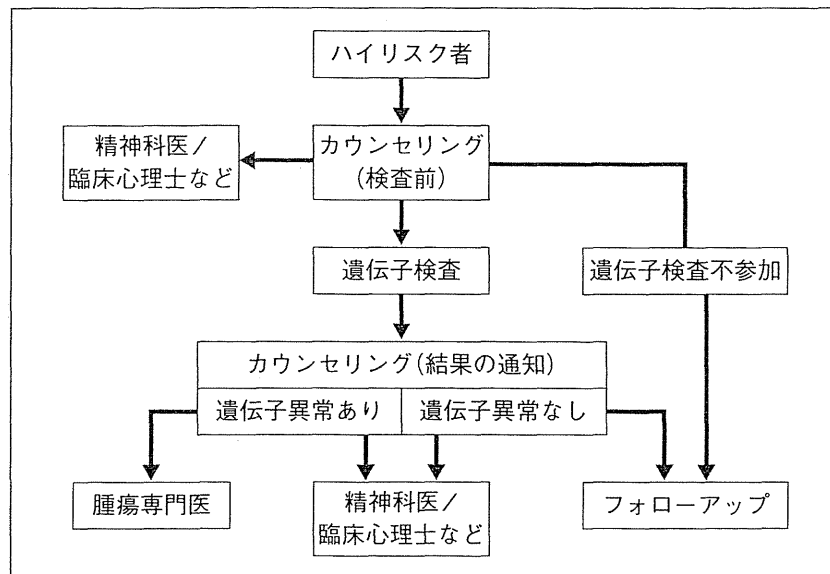


図1 遺伝カウンセリングと遺伝子検査におけるモデルプロトコール
(Botkin JR, et al²¹⁾)

4. 家族性腫瘍にかかわる心理社会的側面に対する介入

1) 受診行動向上のための介入

がんの領域においてはこれまで、サポートグループ、個人精神療法、患者教育、行動療法といった心理・社会的介入が、がん患者のQOL向上や、適切なスクリーニング検査への受診行動の向上を目的に行われてきた。例えば Meyers ら²²⁾は、大腸がんのスクリーニングプログラムへの参加率を向上させることを目的に教育的介入を行い、その成果を報告するなどした。また、Kash らは家族性乳がん/卵巣がんの家族歴をもつハイリスク者に対して、心理教育的グループ介入を行っており、予備的な検討結果で、介入群で不安が軽減し、スクリーニング検査への受診率が向上したと述べている⁴⁾。

2) リスクの認識向上のための介入

Lerman ら²³⁾は、リスクの認識を向上させることを目的に、乳がんの家族歴を有する女性を対象に、無作為比較試験を行った。すなわち、遺伝カウンセリングを受ける群と一般的な健康についてのカウンセリングを受ける群とに無作為割り付けし、比較検討を行ったところ、遺伝カウンセリングを受けたほうの群で、リスクの理解において有意な改善が認められた。しかし、どちらのグループについてもその約3分の2は、カウンセリング後においてもなお、がんになるリスクを過剰評価しているという結果であった。さらにがんになることに対する不安の高い群では、リスクの理解についての改善はみられなかったことから、遺伝カウンセリングプログラムを築いていくにあたっては、心理的側面にも十分な注意を払っていくことが重要であることが示されている。

3) コーピング技術向上のための介入

患者のコーピング技術を向上させることを目的とした心理・社会的介入が行われ、がん患者に対する有効性も報告されてきているが、こうした介入は遺伝カウンセリングや遺伝子検査の場面

でも応用できる。例えば、遺伝カウンセラーが対象者に、結果が陽性と出た場合、陰性と出た場合に、それぞれ気持ちの面や行動の面でどのように反応するか、といったことを尋ねることは、前もってコーピング技術を向上させるための介入的な要素を取り入れていることになる。また遺伝子検査の場面では、検査の結果を聞いた後にフォローアップ面接を行えば、対象者がどのように自分の検査結果と取り組んでいけばよいのかということを考え、有効と思われる対処の方法を見つけていくのに役立つことになる。

5. 現状での問題点と今後の展望

最後に、家族性腫瘍をめぐっての現状での問題点、およびこれから解決していかなければならない点について少し触れてみたい。

それは、①がん遺伝カウンセリングモデルの構築、②がん遺伝カウンセラーの養成、③がん遺伝学に関する適切な情報の提供、④保険加入などの倫理的問題、などである。とくに倫理的問題については、遺伝という繊細な問題を取り扱うことから、多くの配慮すべき点を含んでいる。倫理的問題に関しては、日本家族性腫瘍学会が2000年に「家族性腫瘍における遺伝子診断の研究とこれを応用した診療の実施にあたり配慮すべき基本原則」をガイドラインとして発表した。表2にその概要を示すが、詳細については日本家族性腫瘍学会のホームページ(<http://jsft.umin.>

表2 家族性腫瘍における遺伝子診断の研究とこれを応用した診療に関するガイドライン

I : ガイドラインの基本理念
1. 家族性腫瘍における遺伝子診断の実施にあたっての最優先事項：被検者・家族の人権の尊重が最も重要
II : 実施の目的・条件
2. 遺伝子検査の目的：医療もしくは医学に関連する研究に限定
3. 遺伝子検査の実施：期待される利益が予想される不利益を上回ること。
4. 対象者の選択：原則として家族性腫瘍であることが疑われる場合
5. 遺伝子診断を行う者：十分な知識を有する医師
6. 研究にあたっての倫理原則：ヘルシンキ宣言に基づく倫理原則を遵守
7. 倫理・審査委員会による審査：所属機関の倫理・審査委員会などによって適切に審査され、承認された実施計画書を遵守
III : インフォームド・コンセント
8. インフォームド・コンセント：文書と口頭による事前の十分な説明と同意
9. 前提条件としての病名・病態の開示
10. 被検者の拒否権の明示
11. 遺伝子検査、診断結果が家系全体に影響を及ぼすことの明示
12. 被検者の不利益の明示
13. 研究的側面の明示
14. 遺伝子検査の被検者本人以外による同意：判断・同意能力が困難な場合の代理人からの同意
15. 検査、診断結果の被検者に対する開示：結果を知らされないことを選択
IV : 個人情報の管理と保護
16. 個人情報へのアクセス権：原則として被検者である本人と、本人から承諾を得た医療関係者および研究者のみ
17. 個人情報の管理と守秘義務：遺伝情報の厳重な保管・管理と守秘義務の徹底
18. 情報の管理と家系の登録：得られた情報の継続的な記録、集積、管理
V : 被検者の支援体制
19. 遺伝カウンセリング：被検者・家族への適切な遺伝カウンセリングの提供
20. 支援体制の整備：医学的、心理的、社会的な支援を継続的に行える体制の整備

jp/)を参照されたい。

ここにあげたような問題を解決していくことは決して容易ではないが、腫瘍専門医、サイコoncロジスト、臨床遺伝学者、看護師、さらにその他のがん医療に関わるすべてのスタッフが互いに協力しながら、この新しい領域に積極的に取り組んでいくことが重要と考えられる。

文献

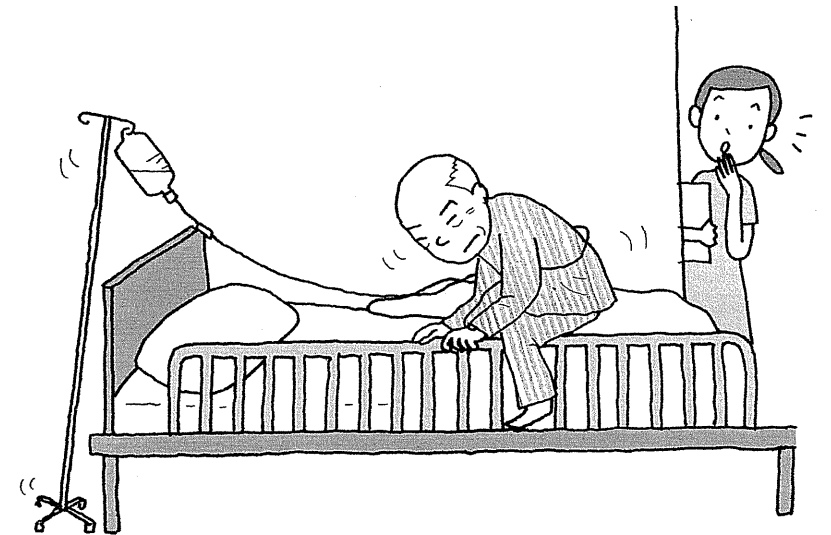
- 1) Sherbet GV, Lakshmi MS : The genetic of cancer. Academic Press, San Diego, 1997.
- 2) Offit K : Clinical cancer genetics—Risk counseling & management. Wiley-Liss, New York, 1998.
- 3) Vogelstein B, Kinzler KW : The genetic basis of human cancer. McGraw-Hill, New York, 1998.
- 4) Okamura H : Cancer genetic counseling and psycho-oncology. Jpn J Clin Oncol, 1998 ; 28 : 461-462.
- 5) Statement of the American Society of Clinical Oncology—genetic testing for cancer susceptibility, Adopted on February 20, 1996. J Clin Oncol, 1996 ; 14 : 1730-1734.
- 6) Lerman C, Trock B, Rimer K, et al : Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. Ann Int Med, 1991 ; 114 : 657-661.
- 7) Thirlaway K, Fallowfield L, Nunnerley H, et al : Anxiety in women ‘at risk’ of developing breast cancer. Br J Cancer, 1996 ; 73 : 1422-1424.
- 8) Kash KM, Holland JC, Halper MS, et al : Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. J Natl Cancer Inst, 1992 ; 84 : 24-30.
- 9) Lerman C, Daly M, Sands C : Mammography adherence and psychological distress among women at risk for breast cancer. J Natl Cancer Inst, 1993 ; 85 : 1074-1080.
- 10) Lerman C, Kash K, Stefanek M : Younger women at increased risk for breast cancer—perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. Monogr Natl Cancer Inst, 1994 ; 16 : 171-176.
- 11) Evans DGR, Burnell LD, Hopwood P, et al : Perception of risk in women with a family history of breast cancer. Br J Cancer, 1993 ; 67 : 612-614.
- 12) Black WC, Nease RF, Tosteson ANA : Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. J Natl Cancer Inst, 1995 ; 87 : 720-731.
- 13) Hopwood P : Genetic risk counselling for breast cancer families. Eur J Cancer, 1998 ; 34 : 1477-1479.
- 14) Lerman C, Daly M, Masny A, et al : Attitudes about genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. J Clin Oncol, 1994 ; 12 : 843-850.
- 15) Cull A, Anderson EDC, Campbell S, et al : The impact of genetic counselling about breast cancer risk on women’s risk perceptions and levels of distress. Br J Cancer, 1999 ; 79 : 501-508.
- 16) Watson M, Lloyd S, Davidson J, et al : The impact of genetic counselling on risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer. Br J Cancer, 1999 ; 79 : 868-874.
- 17) Lerman C, Schwartz MD, Miller SM, et al : A randomized trial of breast cancer risk counseling—interacting effects of counseling, educational level, and coping style. Health Psychol, 1996 ; 15 : 75-83.
- 18) Lerman C, Narod S, Schulman K, et al : BRCA1 testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. JAMA, 1996 ; 275 : 1885-1892.
- 19) Wagner TMU, Moslinger R, Langbauer G, et al : Attitudes towards prophylactic surgery and effects of genetic counselling in families with BRCA mutations. Br J Cancer, 2000 ; 82 : 1249-1253.
- 20) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al : Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. Cancer, 2004 ; 101 : 395-403.
- 21) Botkin JR, Croyle RT, Smith KR, et al : A model protocol for evaluating the behavioral and psychosocial effects of BRCA1 testing. J Natl Cancer Inst, 1996 ; 88 : 872-882.
- 22) Myers RE, Ross EA, Wolf TA : Behavioral interventions to increase adherence in colorectal cancer screening. Med Care, 1991 ; 29 : 1039-1050.
- 23) Lerman C, Lustbader E, Rimer B : Effects of individualized breast cancer risk counseling—a randomized trial. J Natl Cancer Inst, 1995 ; 87 : 286-292.

(岡村 仁)

患者さんがベッドの柵を乗り越えよう としています!

CASE このような状況、経験ありませんか?

- あなたは今日、準夜勤務。
- 食道がんで放射線・化学療法を受けている石田さん(74歳、男性)の受け持ちです。2週間前に入院した石田さんは気さくなおじいちゃん。日勤で担当するときは、冗談交じりに日常のことを話してくれる陽気な人です。
- 22時、石田さんから「眠れない」という訴えがあったので、指示の睡眠薬を投与しました。「忙しいのにありがとね」と優しく言う石田さんにこちらも心が穏やかになります。
- 23時、石田さんが眠れたかどうか確認に向かうと、今にもベッド柵を乗り越えようとして転落寸前。急いで走り寄り、まさに落下寸前の石田さんを抱きかかえベッドに横たえました。
- 「よかったですね、石田さん」と優しく話しかけると、「これから商談に行くのに何で引き留めるんだ!」と不機嫌です。
- これはただならぬことになったと当直医をコールし、「先生、患者さんがベッドの柵を乗り越えようとしています! 病棟に来ていただけますか」と報告すると、「不穏時指示のセレネース 1A 点滴しといて、夜間の救急外来が忙しくて病棟に行くのはいつになるかわからない」との返答です。
- ふと後ろを振り向くと石田さんが、廊下をふらふらしながら歩いてい



2011/805/A (7/20)

ます。点滴ラインが身体に絡まり転んでしまいそう。急いで走り寄りベッドに連れ戻しますが、「仕事に行くのを邪魔するな。商談に行けなくなるじゃないか!」と怒られてしまいました。

- 「優しくした石田さんなのに、一体どうしたんだろう?」
- 今日、早期胃がんで手術後の伊東さん(43歳、女性)も不眠を訴えたので同じ睡眠薬を投与したのを思い出しました。
- 「もしかしたら伊東さんも?」と気になり病室へ行ってみましたが、伊東さんはすやすやと寝息を立てて寝ています。
- 「一体これはどうなっているの?」
- みなさん、このような状況を経験したことがあると思います。
- 今述べたような症状が「せん妄」の典型例です。

表1 せん妄の症状

I 主症状	意識障害
II 周辺症状	精神症状 <ul style="list-style-type: none"> ● 幻視 ● 易怒性 ● 不機嫌 ● 徘徊

● せん妄とは？

1. ひと言でいえば・・・

- せん妄は「意識障害」の一つです。
- 意識レベルの低下を主症状とし、さまざまな精神症状を伴います（表1）。

Point ▶ せん妄は「意識障害」の一種です。

2. 意識レベルの低下はどのようなものでしょうか

- 意識レベルの低下は明らかにぼんやりとしている場合から、ごく軽度の場合までさまざまです。

3. 周辺症状にはどのようなものがありますか（表1）

- 幻視が多くみられます。幻視とはそこにはないものが見えることです。せん妄の幻視では小さな動物が見えることが多いようです（なぜか、恐竜、ゾウ、キリンなどの大動物が見えることはありません）。
- 感情面では怒りっぽくなる、不機嫌などがあります。
- 行動面では、徘徊、尿便失禁、IVH（中心静脈栄養）の切断などがあります。

表2 せん妄を誘発する原因

● 薬剤	ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド インターフェロン、抗がん剤、免疫抑制剤
● 代謝、栄養障害	高カルシウム血症、低ナトリウム血症 高血糖、低血糖、脱水、ビタミンB ₁ 欠乏症 肝不全、腎不全 腫瘍随伴症候群
● 中枢神経系病変	脳転移、がん性髄膜炎、脳腫瘍
● 呼吸器系障害	低酸素、CO ₂ ナルコーシス
● 感染症	肺炎、敗血症
● 播種性血管内凝固症候群	

4. どうして、せん妄が起きるのでしょうか？

- せん妄は、脳の機能障害です。
- ですから、脳に機能障害を起こすようなさまざまな原因があります（表2）。
- がん患者さんで、せん妄を起こす原因としては、薬剤（睡眠薬、オピオイド）、がんの病状に伴うもの（高カルシウム血症、低ナトリウム血症、腎不全、肝不全）、感染症、脳転移、がん性髄膜炎などがあります。

Point ▶ せん妄の原因はさまざまです。

● 誰がせん妄になりやすいのでしょうか（図1）

- 同じ睡眠薬が石田さんと伊東さんに投与されているのに、石田さんはせん妄になり、伊東さんはよく眠っています。これは、石田さんはせん妄になりやすい要素を持っていることを示しています。

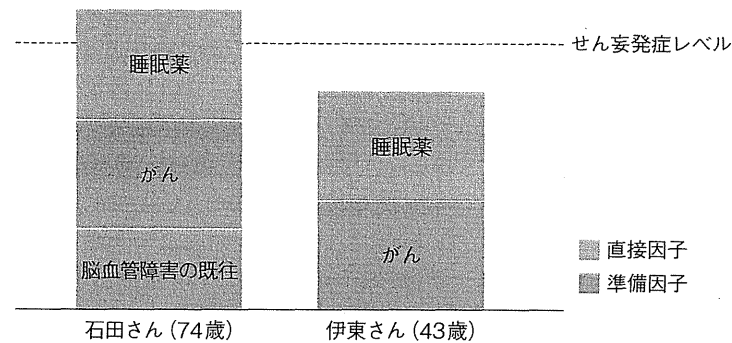


図1 睡眠薬の投与でせん妄になった石田さんと伊東さんの違い
石田さんは準備因子が多いため、せん妄になりやすい。

- これを準備因子と言います。
- 準備因子としては、高齢、せん妄の既往、脳血管障害の既往、アルコール依存の既往、がんの病状が進行している、がん以外の重篤な合併症などがあります (表3)。

Point ▶ せん妄になりやすい患者さんがいます。

● どうやってせん妄を見抜けばよいのでしょうか

- ごく軽度の場合には全く気がつかないで、せん妄を見落としてしまうこともあります。
- おかしいなと思ったら、日常的な話を続けてみてください。話がそれたり、辻褄が合わない話をする事で、「せん妄かも?」と疑うことができます。

● せん妄の治療とケアはどうすればよいのでしょうか

- せん妄の治療には3つの柱、①原因疾患の同定と治療、②環境調整、

表3 せん妄になりやすい患者さんの特徴

- | | |
|-----------------|------------------|
| ● せん妄になったことがある | ● がんの病状が進行している |
| ● 脳血管障害の既往がある | ● がん以外に重篤な合併症がある |
| ● アルコール依存の既往がある | |

表4 環境調整

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| ● (できれば) 個室での管理 | ● 夜間、室内の明るさは40~60ワットぐらい |
| ● 室内はできるだけシンプルに | ● 室温は下げたほうがよい |
| ● 見なれたものを持ち込む | ● 担当者は一定にする |
| ● カレンダーを掲げておく | ● ゆっくりと大きな声で話しかける |

(Meagher, BMJ 2001)

③薬物療法、があります。

- ①原因疾患の同定と治療はすでに述べたので、ここでは主に、②環境調整、③薬物療法について説明します。
- 環境調整は患者さん周囲の環境を整えることですが、「患者さんの五感に訴える」ことを目的としています (表4)。
- 薬物療法は、原因疾患の治療を行い、環境調整を行っても患者さんのせん妄がすぐに改善せず、歩き回るなどして転倒の危険性が高い場合に行います。

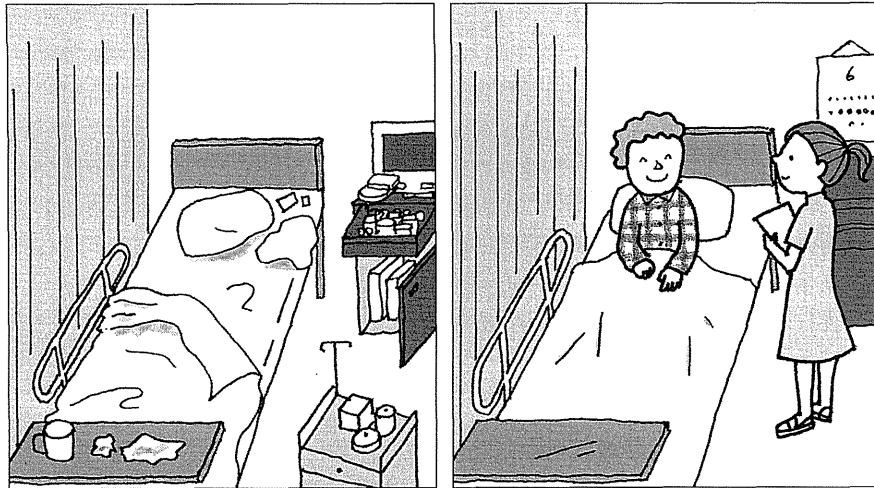
Point ▶ せん妄治療の三本柱

- ①原因疾患の同定と治療
- ②環境調整
- ③薬物療法

● 気をつける点がありますか

- せん妄の患者さんは徘徊、転倒、IVHの切断、失禁など精神症状と

環境調整



問題行動が顕著なため、その対処に追われがちですが、最も大事なことは「この症状を起こしている原因は何か？」を考えることです。症状を抑えることばかり考えていると、原因が改善しないので、いつまでたっても症状は改善しません。

- せん妄の原因は多くの場合、複数あります。原因を一つ見つけたからといってそれで安心しないようにしてください。
- せん妄の原因のなかには、肝不全、DIC（播種性血管内凝固症候群）のように治すことがきわめて難しいものもあります。

● 家族には、どう対応すればよいでしょうか

- 家族はせん妄について知らないため、本人の言動に驚き、「頭がおかしくなった」「こんな人ではなかった」と落胆したり、周囲の言うことを聴かないといって叱責するようなこともあります。
- 家族に対し、今起きていることは「何らかの原因で意識が低下した状

表5 せん妄と認知症の違い

	病態	以前からの記憶障害、問題行動
せん妄	急性の脳障害	なし
認知症	慢性の脳障害	あり

態]であると説明し、理解してもらうことが大切です。

Point ▶ 家族への説明を忘れずに。

● せん妄と認知症をどのように見分ければよいのでしょうか

- 夜間、病棟を徘徊し、止めても言うことを聴かない。言っていることは辻褄が合わないし、注意すると不機嫌になります。
- 「この患者さんは認知症？」と考えたくなるのも無理ありません。でも、この患者さんはせん妄です。
- 「しかし、認知症の患者さんも同じような症状だし、どうやって見分ければよいのだろうか？」と疑問が湧いても不思議ではないと思います。
- 実は、せん妄と認知症は全く異なる病態です（表5）。
- 認知症は「慢性」の脳障害、せん妄は「急性」の脳障害です。
- 認知症であれば、以前から記憶障害や行動面での異常があるはずですが、石田さんの場合は、入院後に冗談交じりで会話ができるなど普通の生活ができていたのに、睡眠薬の投与後に急に具合が悪くなったのでせん妄と考えることができます。

Point ▶ せん妄と認知症は全く異なる病態です。

(大西秀樹)

あの患者さん、ちょっとキャラが変わったみたい。

CASE こんな例をみてください

- 肺がんで入院中の田村さん (68 歳, 男性)
- 今まで数回の入院歴があります。とても気さくで、人なつっこい性格の持ち主です。看護師の仕事をよく見ていて、「今日もよく頑張っていたね。ご苦労様」と声をかけてくれるので、スタッフの間では「癒し系」との評判です。
- 今回は、胸水がたまったために1週間前から入院となりました。
- 入院時は病棟看護師と穏やかに会話をしていたのですが、入院4日目に食事の時間が遅れたことで気分を害し、「病棟の体制がなくなって」と担当看護師に強い口調で訴えます。



- 訴えを聞いた看護師は、その場で謝罪をしましたが、田村さんからの返事はありません。
- 病棟師長に報告を入れ、師長が説明に行っても田村さんは表情を変えずに意見を聴くのみでした。
- 翌日からは、担当看護師が薬を届けても挨拶をしなくなり、食事もありとろうとしません。
- 看護師の間では、「田村さん、最近ちょっとキャラが変わったみたい」とのうわさも出始めました。
- あなたは今日、準夜勤務。田村さんの担当です。「田村さんは、ここ数日機嫌がよくないみたいです」と同僚からの申し送りを受けました。
- 申し送りが終わり、受け持ち患者さんを順に回り始めます。
- 田村さんのベッドサイドに行きました。田村さんは、目をつぶりベッドに横たわっています。「田村さん、こんばんわ。今晚担当になります。よろしくお願ひします」と声をかけても、目をつぶったままで返事が



ありません。やはり機嫌が悪いのかな、今晩はどうなるのだろうと思いをめぐらしながら、その後の勤務を続けます。

- 22時、田村さんから「眠れない」とのコールがありました。指示簿をみると、不眠時には睡眠薬投与の指示が出ていたので、指示通りの投与を行いました。
- 30分後、睡眠状況の確認に向かうと、田村さんはベッドの上に立ち上がっており今にも落ちそうです。もう一人の看護師を呼び、二人でベッドからおろしました。
- 失禁したのでしょうか。パジャマのズボンはびしょびしょになっています。
- 着替えをさせている間に、
「これから会議に行くからタクシーを呼んでくれ」
「今は夜ですよ、田村さん」
「邪魔するな！」

- 田村さんは、顔を真っ赤にして怒り、今にもつかみかからんばかりの勢いです。
- 当直医を呼び、三人がかりで本人をなだめ、ハロペリドール（セレネース®）の点滴を行ったところ、1時間後、田村さんは眠りはじめました。
- 翌日、精神科医を呼んで診察を行ったところ、昨晚のエピソードはせん妄であるとの診断を受けました。原因検索のために採血を行ったところ、血清カルシウム値が13.2と上昇していることが判明しました。精神科の医師は、「数日前から不機嫌になって、医療スタッフの指示も聴かなくなっているようです。このころからせん妄が始まっていたのでしょうか」との意見です。
- それを聞いた病棟スタッフは「機嫌の悪いのも、せん妄の症状だったんだ…」とびっくりしています。
- ゴレドロン酸（ゾメタ®）の点滴を行ったところ、2日後に意識は元どおりに回復し、以前の人なつこい田村さんに戻りました。食欲不振も改善しています。
- 田村さんは、ここ1週間の記憶が曖昧だそうです。「何かあったのですか？」とたずねてきたので、スタッフは「少し眠そうにしておられたようですね」と答えるようにしています。

● どこかで読んだことのある文章だと思いませんか？

- そう、「患者さんがベッドの柵を乗り越えようとしています！」(48ページ)と同じ状況です。
- 本編は「患者さんがベッドの柵を乗り越えようとしています！」の応