

予期悲嘆は起こさなければならないのか

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター 東病院
臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

がん医療において、患者・家族をめぐる話題に、終末期の問題がある。がん独自の終末期の問題があるわけではないが、がん医療においては、他の疾患に比べて、身体的変化が穏やかである場合が多いため、在宅や療養生活をいかに過ごすか、看取りをどのように扱うかが考えやすいからであろう。

一般病棟で終末期の患者・家族をケアすると

きに、必ずといってよいほど話題に出るのが、「予期悲嘆」である。予期悲嘆は、看護ケアではオピオイドと同じくらいだれもが知っている言葉であるにもかかわらず、予期悲嘆はどのようなものか、どのようなケアが望ましいのかがあまり知られていないようにも感じる。

今回は、予期悲嘆とはどのようなものか一緒に考えてみたい。

事例

Jさん、60歳代、男性
現病歴：膵がん、終末期

X年4月頃、ゴルフの後より背部痛を自覚した。なかなか改善しないため総合病院を受診して腹部CTを撮ったところ、膵体部に後腹膜への浸潤を伴う腫瘤影と、肝内の多発影を認めた。悪性腫瘍が疑われ、ジェムザール®を開始したが、2コース目を施行したところで40度の発熱と黄疸が出現した。肝門部リンパ節転移による胆管閉塞であった。減黄術を行い、ステントを留置したが、腫瘍が進行しているのは明らかであった。抗がん剤治療は中止となった。一時退院をして過ごしたものの、再度高熱を出し入院。肝機能障害も進んだ。担当医は、退院は困難、よくて外泊ができるかどうか、余命ももって3週間と判断した。

Jさんには妻と子どもが2人(長男と次男、どちらも結婚し、他県に住んでいる)いた。妻も乳がんを患い、ホルモン療法中であった。体調はあまりよくないようで、毎日見舞いに寄るものの、1、2時間で帰るといった状況であった。

担当医から妻へ、予後が厳しいこと、会わせたい人がいれば今しかないと、が伝えられた。妻は淡々と聞き、特に質問はなかった。説明ののちに、子どもは1回ずつ見舞いに訪れたがそれ以上の面会はなかった。妻も疲れたのか最近1日おきになるときもあった。



「この家族はJさんの病状の深刻さを理解しているのだろうか？」担当の病棟看護師は焦りを感じた。プライマリナースが妻と話した。妻は夫の病状や予後に関しても理解をしていた。看護師が、妻の気がかりや心配なことはないかを尋ねたが、「特にない」と淡々と応えた。

「妻は夫の死に際しても悲しんでいない。これはおかしいのではないか」「夫が亡くなった後に、妻はものすごい衝撃を受けてしまうのではないかとスタッフは心配になり、病棟カンファレンスを開いた。カンファレンスでは、「妻は今の状況に直面していないのではないか」「無理にでも悲嘆は起こさせないと、いけないのではないか」と意見が出た。

担当看護師は、妻にどのように接したらよいのかわからなくなった。

悲嘆と予期悲嘆

がん看護、なかでも緩和ケアにおいては看取りをめぐる患者と家族のケアは避けておれない話題である。特に、大事な人を失う家族に対して、その悲しみを幾分でも和らげ、つらさに寄り添うことは、看護師の担う重要な役割である。しかし、いざ臨床でとなると、どのようにアプローチをするのがよいのか、指針が見つけない。

まず、当たり前のようにあるが、人は親密な人を失うと、悲しみや驚き、気持ちの落ち込み、あるいは感情が麻痺したような感覚など様々な反応を起こす。この反応は単に情動にとどまらず、眠れなくなったり、食欲がなくなるなどの身体症状も伴う。このように、親密な人を失うことによる様々な心理的反応、身体症状の一連の過程をまとめて「悲嘆(グリーフ)」という。

これに対して、今後迫ってくる死に対する情動的な反応や行動をまとめて「予期悲嘆」という。予期悲嘆を具体的にみれば、気持ちの落ち込みであり、死にゆく患者に対する心配であったり、別れのリハーサルであったり、死という別れに対

して必死に適応しようとする試みであったりする(表)。この予期悲嘆というものに対して、医療者は、家族は予期悲嘆を経験することで大事な人を失うことを現実のものとしてとらえることができるかと漠然と考えがちである。すなわち、大事な人を失うことに直面し、弱っていく患者に対して家族が支えるという関係を築き、関係を修復したり、やり直したりすることができると思っている。

さらに医療者は、「予期悲嘆は、死別後に起こる悲嘆反応が早く始まったもの」と漠然と信じていることが非常に多い。すなわち、「予期悲嘆が起これば、悲嘆は軽くなる」と信じていることが多いのである。卑近なイメージで考えるならば、バケツ一杯の水が入っていて、それを少しでもこぼしておけば後は軽くなるように、先に予期悲嘆を起こしておけば、後で生じる悲嘆の衝撃が和らぐだろうと信じがちである。

しかし、近年では予期悲嘆の治療的な意味やその必要性は疑われるようになってきている。具体的には、臨床での詳細な観察から次のような事実が明らかになった。「一般的な家族は、患者が死

表 予期悲嘆と悲嘆との違い

<p>●予期悲嘆は死によって終わる 予期悲嘆は、別れることに対する不安である。別れ(=死別)の後には、不安は消え、抑うつなど別の情動反応が始まる。</p> <p>●予期悲嘆は、家族だけではなく患者も体験する 予期悲嘆は、別れることに対する不安であるため、家族だけではなく患者も感じる。</p> <p>●予期悲嘆は時間の経過とともに大きくなる 予期悲嘆は、死別が近づくにつれて大きくなる。一方悲嘆は、時間がたつと徐々に落ち着いていく。</p> <p>●予期悲嘆と異なり、悲嘆には希望が含まれる 悲嘆という日本語をみると、嘆き悲しむだけのように思いがちであるが、悲嘆のなかには、心の平穏や支えきったという充実感、故人との関係を支えにする幸福感など、少なくとも“負”ではない感情も交じっている。</p>
--

を迎えるまで親密な関係を続けていて、予期悲嘆はめったに起こるものではない」ということである。実際に、早期に死別の可能性を家族に告げたとしても、実際に亡くした後の悲嘆の経過は変わらなかった。さらに予期悲嘆を生じると、家族は「患者はまだ生きているのに、自分たちが見捨ててしまっている」との自責感をもつことや、かえって患者が孤立する可能性があり、少なくとも治療的な意味や、その後の悲嘆を軽くするとは考えにくいことがわかっている。

予期悲嘆自体についても、予期悲嘆は「分離不安」であることがはっきりとしている。つまり、予期悲嘆とは、「親密な人と離れることに対する不安」であり、喪失に対する悲しみや怒り、あきらめなどの情動反応・身体症状である「悲嘆」とは異なる、ということである。予期悲嘆を経験したとしても、悲嘆が早く解消したり悲嘆を生じた後の適応がよくなるということはない。

死に直面する家族に どのようなケアを提供するのか

では、臨床において私たちはどのようなケアを家族に提供するのがよいのだろうか。

まず、家族が患者の病状を正しく知ることは必要であるが、そのうえで家族の情動反応が小さいからといって、無理に向き合わせ、無理にでも予期悲嘆や情動反応を生じさせるのはかえって害が大きかろう。なぜならば、家族は家族なりに患者の状態を理解・納得し、そのうえで家族が患者のために何をすべきかを自ら考えるからである。

医療者は、家族が自分たちの手で患者を支えることを支援することが重要である。すなわち、家族に対して、情緒的な支援を提供するとともに見守り、必要な場合に家族の希望を支えるための資源や情報を提供することが役割であろう。少なくとも、一般的な家族は健康であり、自ら問題を乗り越える力を持っている。何かと口を出すのは医療者のおごりであろう。

患者さんのことを主治医に相談しても話になりません

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院
臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

病棟でコンサルテーション活動をして、病棟スタッフと相談をしていると、時々タイトルにあげたような話を聞く。コミュニケーションが難しいという、一般には患者と医療者間を指すが、実は本当に難しい

コミュニケーションは医療者間かもしれない。今回は医療者同士がどのようにしたらわかりあえるのか、考えてみたい。

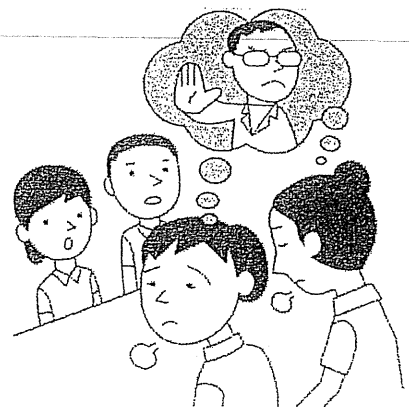
事例

患者：Kさん、50歳代、女性
現病歴：乳がん

X-1年に右乳房の腫瘍を自覚、右乳がんとの診断を得て、術前化学療法から温存手術、放射線治療、ホルモン療法と受けたが、半年後のX年2月に再発した。再発してから4種以上の抗がん剤を使用したものの、コントロールがつかずに緩和ケアへ移行となった。外来で経過を追っていたが、息切れと疼痛がひどくなったために症状緩和目的のため入院となった。胸部CTを撮ったところ骨転移に加えて肺転移があり、胸水も貯留していた。がん性リンパ管症を呈しており、ステロイドを用いていくぶん軽減したものの、予後は1か月半くらいかと思われた。主治医は退院をあきらめ、入院を継続し、状態がよければ外泊を考える方針でいた。患者には「肺に水がたまっている。水をひく処置をしながら様子を見る。症状が落ち着いてから次の手を考える」と説明するとともに、症状緩和について緩和ケアチームに依頼を出した。

緩和ケアチームが病棟に出向き、病棟スタッフに病状や今後の方針について尋ねた。病棟スタッフは、患者が中学生の娘と2人暮らしであること、離婚をしていてソーシャルサポートは弱いこと、患者は退院したら娘と旅行に行きたがっていることなどを話した。

緩和ケアチームは病状や予後を考えて、患者の希望をかなえるためには状態の落ち着いた今しか自宅に帰るチャンスはないかもしれないと考えた。病棟スタッフに、担当医を交えてカンファレンスをするのはどうかと提案した。すると病棟スタッフは、険しい顔になり「カンファレンスしても無駄です。どうせ主治医は聞く耳をもちませんから」と小声でつぶやいた。



この事例のようなやりとりを経験したことはないだろうか。おそらくどこの病棟でも大なり小なり同じような出来事があるのではないかと思う。どの領域でも人を集めてチームをつくることは大変であるが、ことに医療の分野は、各職種の影響が異なる。そのために各人が考えていることも相当異なっており、意思の疎通を図るだけでも大変な面がある。「チーム医療をしよう」といっても、かけ声だけでは何から手をつけたらよいかわからない。

チームとは何だろうか

チームという言葉は当たり前のように用いられているが、わが国の医療現場で本当に意識されるようになったのはここ10年ほどのことである。

チームとは、一般的には「共通の目的や目標をもち、それを成し遂げる能力のある人たちが集まった状態で、ルールや決まりごとをもっている」ものとされる。チームが構成されたら、その目標を達成するために様々な作業をこなしていかなければならない。しかも一人ひとりが単独でするよりもより効率的に、である。この「効率的にこなす」ための作業をチームワークという。チームワークを進める要素として重要なのが、リーダーシップである。

医療チームにおけるリーダーシップというと、主治医が司令塔であると誤解されるが、本来のリーダーシップとは、ある目標を達成するために各メンバーが主体的にかかわり、それぞれの役割を自ら実行するその作業自体を指す。つまり、チームのメンバーがそれぞれ自分の役割を自覚

し、各々の役割を主体的に進めるために周囲へはたらきかけ、周囲は各々の業務を尊重する、という互いの関係を指す。言いかえるならば、チームのメンバーそれぞれが自分が何をするかを考え判断して周囲に伝え、互いのやりとりのなかで調整をする作業そのものと言えるのである。

チーム医療を実践するためには

各職種が何も無いところから集まり、共通の目標をもって動くときには何をするのがよいのだろうか。

チームを立ち上げる作業のことを「チーム・ビルディング」という。医療の領域でチームをつくる時に注意をしたい点が2点あげられる。1つは「知識と情報を共有すること」、もう1つは「メンバーの役割を明確にすること」である。

知識と情報の共有

チーム医療を実践するためには、チームメンバーがもつ知識と情報を共有しなければならない。特に臨床では、現場のあらゆるものを含んだ情報を共有することから始まる。次にその情報を加工し、臨床判断につなげるための知識を共有する。特にがん医療では各職種の専門分化が進んでいるぶん、チームの介入も複雑になる。全体像をとらえるためにも各々の職種の視点を共有することが互いの理解につながる。

表 多職種間で難しい問題をやりとりする場合のポイント

- ①カンファレンスを組む時間を選ぶ。
混乱しているときや、怒っていたり、気持ちが不安定なときには避ける。
- ②互いに顔を合わせて話し合うのに快適な場所と時間を選ぶ。
- ③まず最初に、話が重要な要件であることを伝える。同時に問題点をその段階で明らかにする。
- ④言葉ははっきりと簡潔に話す。
- ⑤各人の意見に対し、個人的な攻撃はしない。あからさまな批評もしない。
大事なことは、取り上げたい問題の核心は患者の利益にあたるのだということを自分のなかで再認識し、そのうえで相手に提案する。
- ⑥相手が意見を述べたり、その状況に関する説明や感想を話せる機会をつくる。
- ⑦相手の意見に対してはすすんで尋ねる。相手の意見や考え方に関心があることを伝えるとともに、相手が懸念することにはすすんで答えるようにする。
- ⑧絶対に謝罪を求めてはいけな。互いに行動を変えることで意見の一致を期待する。
- ⑨可能であれば、いくつかの選択肢を提示する。相手の立場に理解を示しつつ、実際に行いやすい方法を一緒に探す。

メンバーの役割を明確にする

チーム医療といっても、皆が同じようなことをしても問題は解決しない。問題を解決するためのプランを実行するためには、互いの役割をはっきりとさせ、手続きや手順をはっきりと了解しあうことである。特に重要なのは、互いの職分できないことははっきりと確認しあったほうがよい。これは互いに信頼関係がないとできないことではあるが、変な期待や思い込みを避けるうえでも大事である。

知識と情報を共有する場をつくる

先にあげた注意すべき2点を進めるために、意見交換をする場をつくっていく。実際、病棟やそれぞれの部門ではカンファレンスの場を定期的ま

たは臨時に設けているが、その場が機能して互いの理解を進めるためには工夫がいる。

臨床でカンファレンスがうまく機能しないときは、問題の解決を話し合っているのに、議論と感情的な非難とが区別されず、気まずい空気がただよふことがある。このことは知識と情報の共有がまだ十分になされていないときに起こりやすい問題である。ここに感情的な対立を生じやすい話題を取り上げるときのポイントを何点か提案しよう(表)。

事例のその後

緩和ケアチームは、主治医と病棟スタッフの間で情報がうまく通じていない状況であると判断した。その理由を主治医に尋ねたところ、主治医は病棟でのカンファレンスを大勢から囲まれて

非難を受ける場ととらえ、苦手意識をもっているようであった。その背景には、カンファレンスでは「何かを決めてほしい」というニュアンスは伝わるものの、その内容が病棟スタッフとずれが生じており、そのために対応策がまとまらず、そのことをさらに責められるような流れが繰り返されていることがわかった。

緩和ケアチームは、このような主治医の苦勞をねぎらうとともに、病棟スタッフに対しては①スタッフ間で情報の共有をすること、②カンファレンスを行う際には、その目的と提案したいことをはっきりさせておくこと、③何かを提案する場

合は相手の意見には善悪の判断を入れずに意見を述べる、④難しい議論をするときは互いにゆっくりと時間がとれるときに行うこと、などを勧めた。多少時間はかかったものの、緩和ケアチーム自体は黒子に徹し、専従看護師は病棟スタッフを、チーム医師は主治医をそれぞれサポートすることを確認し、情報交換の機会を病棟スタッフと主治医が十分にもてるようにした。

その結果、当初はごこちなかったものの、幾度となくこのようなかわり続けるうちに、互いに身構えることなく、自然にカンファレンスができるようになっていったのである。

呼吸機能検査研修会 第18回琵琶湖セミナー

日 時：2011年12月3日(土)・4日(日)

会 場：ホテルラフォーレ琵琶湖(滋賀県守山市)

募集人数：100名

参加資格：呼吸機能検査を勉強しようと思われる医療職全員

申込締切：2011年11月18日(金)

第1日目 (2011年12月3日(土) 12:30~)

講義「呼吸機能検査の重要性」、実習(A~Cコース)他

第2日目 (2011年12月4日(日) 9:00~)

講義「血管年齢について」「血液ガスについて」、
各職種に分かれて実習または症例報告

参加費

- ・20,000円(宿泊、受講料含む;個室の場合、別料金)
- ・13,000円(宿泊なし、夕食代含む、受講料含む)
- ・8,000円(宿泊なし、夕食なし、受講料含む)
- ・3,000円(医師・看護師コース、2日目のみ)

(お問い合わせ先) 〒634-8522 奈良県橿原市四条町840 奈良県立医科大学附属病院 中央臨床検査部

第18回琵琶湖セミナー事務局 今井電子 TEL:0744-22-3051(内線4240) FAX:0744-22-4810

あなたは大丈夫？

“”””””””
小川朝生

独立行政法人国立がん研究センター東病院
臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

これまで、がん患者と家族の心のケアを巡る話題を取り上げてきた。がんという難病を巡っては、患者・家族の受ける精神的苦痛が大きいことはいまでもないが、同じように医療を提供する医療者の負

担も大きいことは意外に知られていない。

今回は、がん医療を担う医療者に焦点を当てて考えてみたい。

事例

ある総合病院で働く看護師Lさん。3年前に看護部長に無理を言って半年間の休みをもらい、がん性疼痛看護の認定コースを受講し、認定看護師として働いている。病院では緩和ケアチームの専従看護師であり、チームの要として活躍中である。

認定を取って復帰した直後は、なかなか病棟スタッフに緩和ケアチームの活動を理解してもらえず、病棟を回っても声をかけてもらえなかった。「患者に疼痛があるため、オピオイドをしっかり使ってもらいたい」と主治医に訴えたときには、「俺の治療方針に文句をつけるのか!」と怒鳴られたこともあった。悔しくて家に帰って泣いたことも一度や二度ではない。それでもつらそうにしている患者のために何か役に立ちたいと思い、がんばってきた。がんばった甲斐があり、医師からも活動が認められるようになってきた。最近では、「告知の後、患者がどうなるか心配だから、面接のときには一緒にいてほしい」と相談を受けたりもしている。緩和ケアチームも院内で認知してもらえるようになり、現場復帰して2年目には依頼件数も増えてきた。

しかし、3年目を迎えた今、以前のようなやりがいをもてなくなったように感じている。緩和ケアチームに依頼してもらえし、緩和ケアチームで患者とかかわって、取り除ける苦痛はできる限り取り除こうとしてきたけれど、すべての患者にかかわることができるわけではない。病棟を回れば、相も変わらず疼痛に苦しんでいる患者がいる。「自分がしていることはいったい何なのだろう」と考えてしまう。チームで担当している患者と会っても、患者の苦痛に共感できない自分に気づき、驚きと同時に「こんなはずではなかったのに」と自信を失くしてしまう。「いっそのこと、もう病院を辞めたほうがいいのか」と考え込むようになってきた。



看護師のストレス

医療者は強いストレスにさらされている。特に、がん患者のケアに携わるスタッフは、複雑な治療や緩和できない症状に直面すること、治療が難しく、死に直面する機会が多いこと、患者・家族の情緒面への対応が他の領域よりも強く求められることなどから、特に強いストレス状態にある。このようなストレス状態が続くと、バーンアウト(燃え尽き)とよばれる状態が生じる。

バーンアウトとは

バーンアウトとは、長期間にわたり患者に援助を行う過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇をきたすことを主とする症候群である。すなわち、患者の支援を続けていくなかで、からだも気持ちも疲れ果ててしまい、細かい心配りをしようにも気力がわかず、できなくなってしまう状態である。より具体的な症状として3つの特徴がある(表1)。

医療者がバーンアウトを感じるのは決してまれ

表1 バーンアウトの3つの特徴

① 情緒的消耗感 心もからだも疲れ果ててしまう
② 脱人格化 患者に対して心配りをするのが億劫になる、 できなくなる
③ 個人的達成感の限界 何のために仕事をしているのかわからなくなる

なことではない。がん専門医では約3割がバーンアウトの状態にあるといわれ、看護師はよりこの症状に襲われる頻度が高いと見積もられている。また医師に関するデータではあるが、情緒的消耗感を感じている割合が約20%、脱人格化が約10%、個人的達成感の限界を感じている割合が約60%との報告がある。離職をする医療者が絶えない背景には、疲弊から仕事を続ける意味を失ってしまう医療者が数多くいることが想像できる。

バーンアウトは何が問題になるのか

バーンアウトをここで取り上げた理由は、バーンアウトが単なるやりがいの問題だけではなく、その人のメンタルヘルス、さらには医療の質にも直結する問題になるからである。

たとえば、バーンアウトに陥ると、不安や焦り、不眠に悩まされ、それらを紛らすためにアルコールや薬物に依存する場合がある。さらには、うつ病となり、治療を必要とすることも起こりうる。また、医療者がバーンアウトに陥ると、患者に提供するケアが機械的になり、情緒的なサポートが欠けてしまうことでケアの質が低下したり、医療事故が生じる下地にもなる。

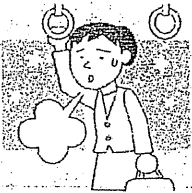
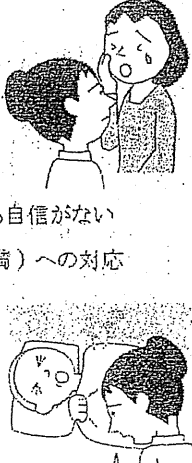
特にがん医療の領域で指摘されている点に、バーンアウトが強い医療者ほど安楽死を支持したり、安易に鎮静をする危険性が高いといわれている。

バーンアウトの要因

バーンアウトには表2にあげるような要因が関係するといわれている。

簡単にまとめると、医療者が忙しく、仕事以外の時間や活動をもつことができないと心理的に追い詰められやすいということ、また臨床においては、家族とのかかわりなど感情面での支援が多いことや、感情表出が強い患者への対応など情動ストレスの機会が多いことが、バーンアウトにつながりやすいといえる。

表2 バーンアウトの要因

<p>医療者の生活</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身体活動が少ない • 社会活動が少ない • 趣味の時間が少ない • 余暇の時間が少ない 	
<p>仕事にかかわる要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療者－患者関係 <ul style="list-style-type: none"> • 患者と直接かかわる機会が多い • 家族へのかかわりが多い • コミュニケーションスキルに対する自信がない • 感情表出の強い患者（怒り、不満）への対応 ● 仕事 <ul style="list-style-type: none"> • 満足感が低い • スタッフ不足 • 治療決定への関与が少ない 	

バーンアウトを起こさないために

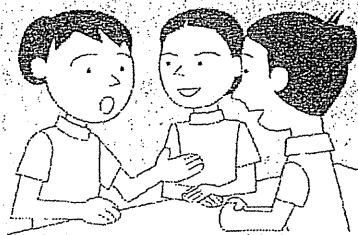
バーンアウトは、医療チームとして取り組まなければならない問題である。しかし、医療者一人ひとりがまず自分自身の問題と認識し、取り組んでいくことが重要である。医療者自身の取り組みとして重要な点に次のようなことがある。

- 患者のために時間をとるように、自分のためにも十分な時間をとる（良い意味で利己的になる）
- 適度な運動やリラックスできる時間をとる
- 自分をサポートしてくれる人を見つける
- 自分は「職場で必要不可欠な存在である」と思わない
- 自分のできないこと、限界を認める
- コミュニケーションの基本的なスキルを身につける

特に看護師は責任感の強い方が多く、「自分がすべてをやることはできず、限界がある」ことを恐れる方が多い。そのために無理を重ねた結果、過労となり、精神的に疲弊してしまう場合がある。確かに「可能な限り、いろいろなことに取り組む」ことは重要である。しかし、仕事を「続ける」ことも、同じように重要なことである。患者・家族に役立つ医療を提供するためには、医療者自身が「生き残る」「続ける」ことができなければ、医療自体が途絶えてしまう。それは結局、患者・家族のためにはならないことであることを肝に銘じておきたい。

同様に、職場でぜひ取り組みたいポイントには次のような点がある。

- ・仕事のうえでの悩みを気楽に話し合える雰囲気をつくる
- ・「察する」など、お互いに言葉以外のコミュニケーションも大事にする
- ・対応が難しかったケースは、カンファレンスなどで話し合える機会をつくる



看護師は、患者・家族に最も長い時間接する職種である。そのぶん、対人関係の負担や患者・家族の情動を扱う精神的負担にさらされている。最も大きな支援となるのは、仲間同志で何でも話し合える関係を築き、一人のスタッフに負担が偏らないように、常にバランスを取ることである。

おわりに

今回は医療者自身の問題を取り上げた。精神腫瘍学の問題は患者・家族にとどまらず、医療者自身を支援することでもある。忘れがちな話題ではあるが、ふと振り返る時間をもっといただければ幸いである。

医療事故・紛争対応研究会 第6回年次カンファレンス

心の交流——科学の理論と精神の理論

日時：2011年12月10日（土）9：25～16：30

場所：パシフィコ横浜会議センター1F

定員：750名（先着順）

内容：『医療事故の患者への情報開示と謝罪』／司会：前田正一（慶應義塾大学大学院・准教授）
『病気についてのつらい知らせ—がん告知』／座長：清水哲郎（東京大学大学院・教授）

申込方法：FAX 0120-286-575

* 申込用紙は<http://plaza.umin.ac.jp/dhsc/index.html>よりダウンロード

問合せ：医療事故・紛争対応研究会

E-mail：infosmcm-group@umin.ac.jp（問合せ専用。申込は上記）

終末期がん患者における精神刺激薬の使用

小川 朝生*

抄録：がん患者を悩ます身体・精神症状には、疼痛に加えて倦怠感や抑うつ症状がある。倦怠感や抑うつ症状を緩和することを目的に、海外では methylphenidate や modafinil を中心に精神刺激薬が用いられる。一方、わが国においては methylphenidate は事実上使用ができない。今後、医師主導治験によるうつ病への適応が復活する可能性は残されているものの、現実的には厳しい。同様に、modafinil についても、わが国においてはがん患者の倦怠感やうつ病に対する適応拡大の治験の計画はなく、使用できる環境にはない。唯一、類似薬として pemoline が用いられているが、肝障害に対する懸念から海外では発売中止になっている。がん患者の抑うつ症状や倦怠感を緩和することは、終末期がん患者の QOL 向上に直結する問題である。Modafinil や donepezil などの新規治療法の検討が必要である。

精神科治療学 26(7) : 857-864, 2011

Key words : psychooncology, palliative care, psychostimulants, depression, fatigue

I. はじめに

がん患者を悩ます身体・精神症状には、疼痛に加えて倦怠感や抑うつ症状がある。倦怠感や抑うつ症状を緩和することを目的に、海外では methylphenidate や modafinil を中心に精神刺激薬の有効性が検討されている。

一方、わが国においては methylphenidate ががん患者のみならず一般のうつ病に対しても用いられてきた。しかし、薬物乱用の防止の点から methylphenidate のうつ病への適応が外されたこ

とで、事実上使用ができなくなっている。今後、医師主導治験によるうつ病への適応が復活する可能性は残されているものの、現実的には厳しい。同様に、modafinil についても、わが国においてはがん患者の倦怠感やうつ病に対する適応拡大の治験の計画はなく、使用できる環境にはない。唯一、類似薬として pemoline が用いられているが、肝障害に対する懸念から海外では発売中止になっている。

このように、わが国は非常に特殊な状況にある。本稿では海外での知見を紹介するとともに、制限が加わってはいるが臨床の現状について紹介をしたい。

II. 精神刺激薬

精神刺激薬は、methylphenidate や modafinil, pemoline を含む薬剤の一群である。精神刺激薬は、トランスポーターによる神経伝達物質の再取

Psychostimulants use in cancer.

*国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

〔〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1〕

Asao Ogawa, M.D., Ph.D.: Psycho-Oncology Division, National Cancer Center Hospital East, Center for Innovative Oncology, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwanashi, Chiba, 277-8577 Japan.

り込みを阻害し、神経伝達物質の細胞外濃度を上昇させ、精神神経作用を発現する²⁰⁾。また精神刺激薬の中でも薬剤により作用部位が異なる。Amphetamine や methylphenidate は脳の広範な部位に作用する一方、modafinil は視床下部へのヒスタミン投射系特異的に作用する。

Ⅲ. 緩和医療における精神刺激薬の位置づけ

海外を中心に緩和医療の領域では、dextroamphetamine, methylphenidate, modafinil, pemoline が抑うつ症状や倦怠感、眠気に対して保険適応外で症状緩和目的に使用されている。

精神刺激薬を使用する第一の目的は、がん患者の抑うつ症状に対して、抗うつ薬が臨床効果を現す前に methylphenidate や amphetamine の即効性の抗うつ効果を期待して併用する点である。

第二の目的は、がん患者の倦怠感の軽減目的である。倦怠感とは終末期（予後が6ヵ月未満の時期を指す）がん患者の60%を悩ます身体症状である²¹⁾。倦怠感には複数の要因が関連する。とくに可逆的な要因を除去してもなお倦怠感が持続する場合に、症状緩和を目的に使用する。

第三の目的は、医療用麻薬による鎮静効果を軽減することである。とくにモルヒネは、がん性疼痛に対する有効かつ強力な鎮痛薬であるが、投与量が上がるにつれて眠気への対策が問題となる。

第四の目的は、がんに関連する認知機能障害（がん自体および治療に伴う）対策がある。がん自体、また治療に伴い軽微ではあるが慢性的な認知機能障害が生じることが注目されており、この認知機能障害を総称して cancer brain という²²⁾。Cancer brain は、軽微な注意力障害と実行機能障害が主体と考えられているが、その症状改善に精神刺激薬が有効との報告がある。

Ⅳ. 精神刺激薬のプロフィール（表1）

1. Methylphenidate

Methylphenidate は、海外の緩和医療において精神刺激薬の中でもっとも頻用されている薬剤である¹⁰⁾。

わが国においては、1958年に「うつ病」「抑うつ神経症」に対して承認された。しかし、2000年頃より、うつ病への適応はわが国だけであったことや精神刺激薬の乱用が社会問題化したことから、うつ病への使用には批判が大きくなり、2007年にうつ病への適応が削除された。

Methylphenidate は半減期が短いため、1日に複数回の投薬が必要となる。がん患者においては約15%に悪心嘔吐を合併することから、複数回の内服の負担が問題となっている。そのため海外においては徐放剤の使用が推奨されている。

1) 作用機序

Methylphenidate はドパミン再取り込み阻害作用が中心と想定されている。Methylphenidate には、デキストロ (d) 体とレボ (l) 体の鏡像異性体があり、両者で活性や結合部位が異なる⁶⁾。

Methylphenidate は理論的にはCYP2D6の基質であるが、ヒトにおいて本酵素を介した代謝への影響は観察されていない¹¹⁾。

2. Modafinil

Modafinil は、methylphenidate や dextroamphetamine とは作用機序が異なるため、覚醒促進薬として別に分類する場合もある。

Modafinil はドパミン再取り込み阻害作用が非常に弱く、methylphenidate とは作用機序が異なる²³⁾。Modafinil は、ナルコレプシーにおける過剰な眠気に対して覚醒を促進するように作用するが、その正確な作用機序はわかっていない。Modafinil は視床下部においてグルタミン酸を増大させる一方、GABA を抑制する¹³⁾。同様に海馬および視床腹側においてグルタミン酸も増大させるため、この機序が覚醒促進効果を及ぼしていると考えられている¹³⁾。

3. Pemoline

Pemoline は、1981年に methylphenidate と同様の効能を持ち発売された薬剤である。Pemoline は methylphenidate と異なり、中枢におけるノルアドレナリン濃度の上昇は認められず、交感神経刺激作用も弱い²⁴⁾。依存の形成のリスクも少ないと言われる一方、作用も弱く、抗うつ効果の発

表1 各精神刺激薬のデータ

	経口での 生体利用率	最高血中濃度に 達するまでの時間	血清半減期	コメント
dextroamphetamine	データなし	2~4時間	7~17時間	複数の経路, 50%以下は 代謝されずに腎から排泄
methylphenidate	30%	1~3時間	2時間	CYP関与せず
modafinil	40%以上	1.5~3時間	l-modafinil 10~16時間 d-modafinil 3時間	CYP3A4
pemoline	データなし		約12時間	

現に時間を要するとも言われている。

重篤な肝機能障害に対する懸念が報告されたことから、pemolineは米国や英国では2005年に販売中止になった。そのため、pemolineに関する臨床報告は古いものに限られ、新しい知見は乏しい。

V. 抑うつ症状への精神刺激薬の使用

抑うつ症状はがん患者の25~30%に認められる主要な身体・精神症状である。がんに伴う身体・精神症状について、予後6ヵ月から身体・精神症状の出現頻度・重症度を追跡した報告では、抑うつ症状の出現頻度は、予後26週から予後2週まで若干の上昇傾向はあるものの25~30%であった²⁶⁾。

VI. 終末期のうつ病治療の必要性

がん治療においてうつ病が問題となる点は、うつ病自体がQOL低下を招くことである。希死念慮を持った終末期患者は、希死念慮を持たない患者より8倍うつ病の有病率が高い⁷⁾。

VII. 抗うつ薬による薬物療法の限界

がん患者に対しても身体疾患に合併したうつ病への治療と同様に、抗うつ薬による治療が有効である。しかし、抗うつ薬による薬物療法は、薬物の作用発現までに2~4週間、最大効果を得るまでに6~8週間かかる。予後が数ヵ月と推定される患者の場合には、抗うつ薬の効果が現れるまで

待つことができる。しかし、臨床上也問題となる終末期患者の場合には、抗うつ薬の作用発現を待てない場合が多い。

VIII. 精神刺激薬の使用

一般には、精神刺激薬 methylphenidate の即効性に期待して、抗うつ薬と精神刺激薬を同時に開始し、抗うつ薬の効果が発現するまでの2、3週間の間の症状緩和を図ることを目的に使用する。

一方、精神刺激薬をがん患者の抑うつ症状軽減を目的に、単剤で使用するが行われてきたが、この臨床効果を支持する根拠は乏しく、過去の症例報告と小規模なオープン試験に依る。また、精神刺激薬の単剤治療は、非がん患者のうつ病治療においてもその治療有効性は示されていない^{12, 27)}。

代表的なオープン試験を紹介する。初期のオープン試験では26名のがん患者に対して methylphenidate を投与し、多くの患者が投与に反応したとの報告がある²¹⁾。1980年代には30名のがん患者に投与をし、75%以上に抑うつ症状の改善が認められた¹²⁾。また、抗がん治療中の入院患者で抑うつ症状を呈した59名のがん患者に対して、dextroamphetamine あるいは methylphenidate を投与した結果を後方視的に解析した研究では、73%の患者に治療開始から2日目までに抑うつ症状の改善が認められている⁴⁾。1990年代には、26名の抗がん治療中のがん患者に対して methylphenidate (平均17.7mg/日) 投与したところ、Clinical

表2 精神刺激薬の有効性に関する知見²⁾

期間	精神刺激薬の使用法	比較	結果・効果量
短期	単剤	精神刺激薬 vs プラセボ	有効 -0.87 [-1.40, -0.33]
		Modafinil vs プラセボ	不明
	抗うつ薬に上乗せ	精神刺激薬 vs プラセボ	有意差なし -1.60 [-5.96, 2.76]
		Modafinil vs プラセボ	有意差なし -0.09 [-1.07, 0.89]
中期	単剤	精神刺激薬 vs プラセボ	不明
		Modafinil vs プラセボ	有意差なし -2.7 [-7.76, 2.36]
	抗うつ薬に上乗せ	精神刺激薬 vs プラセボ	不明
		Modafinil vs プラセボ	有意差なし -0.80 [-1.88, 0.28]

Global Impressionにて46%の患者が薬物療法に反応した¹⁷⁾。またその研究では、予後6週を切ると、反応率が著しく低下したとも報告している。

これらの研究をふまえてMasandはレビューを行い、終末期がん患者の80%がmethylphenidateにより抑うつ症状が軽減すること、忍容性も高く、有害事象の発現率は20%以下であったとまとめている²⁰⁾。

がん患者に限らない一般のうつ病患者への有効性に関しては、Candyらが過去13の報告をまとめたメタアナリシスがある²¹⁾。その中で精神刺激薬とプラセボとのメタアナリシスを行い、3つの短期介入試験の結果から精神刺激薬はプラセボと比較して短期的には有意な抑うつ症状の軽減を認めている(effect size: -0.87 [-1.40, -0.33])ものの、長期的な有効性は示されなかった(表2)²⁾。

IX. 倦怠感(表3)

がんに関連する倦怠感とは「がんや抗がん治療に関連する持続する主観的な疲労感であり、日常生活機能を障害するもの」であり、睡眠や休息では改善しない¹⁸⁾。倦怠感とはがん性疼痛以上に患者の日常生活機能に影響を与える。自己申告式の調査ではがん患者の約90%ががんに関連する倦怠感を自覚し、倦怠感のために日常生活が送れなかった¹⁸⁾。

倦怠感を自覚する患者の多くは進行期であるが、長期サバイバー(治療が終了し経過を観察中の患者)の30%も自覚している¹⁸⁾。倦怠感とは化学療法や放射線治療とも関連し、QOLに直結する

重要な課題である。

倦怠感の原因は多彩であり、明らかな病態はいまだ解明されていない。しかし乳がん患者を対象とした研究から、倦怠感の背景には免疫機能の調整不全とhypothalamic-pituitary-adrenal系の機能不全が関係していると考えられている²²⁾。薬物治療だけではなくさまざまな環境調整を含めた複合的な対応が必要となる。

倦怠感に対する薬物療法は、数多くの薬剤に対して検討がなされてきた。化学療法に関連する貧血による倦怠感に対しては、エリスロポエチンなど増血剤の有効性が示されている。

原因が明らかでない倦怠感に対しては、methylphenidateとmodafinilを中心に、倦怠感の軽減を目指したオープン試験が行われ、有効性が報告されてきた。これらの先行研究を受けて、Brueraらはmethylphenidate 5mg(最大1日20mgまで)を用いたプラセボ対照無作為化比較試験を実施したが有効性を示せなかった²³⁾。その原因として、methylphenidateのd体とl体との効果の差がある可能性が指摘され、再度d-methylphenidateを主材とする徐放剤(コンサータ[®])を用いた第Ⅲ相試験が行われたが、有効性は示されないでいる¹⁹⁾。Peuckmannらは、がんと非がん患者を対象とした研究のメタアナリシスを行い、modafinilに関しては有用な可能性があるとして指摘しつつも、緩和ケア領域における倦怠感に対して、推奨できる薬剤はないと結論づけている²¹⁾。

精神刺激薬ではないが、倦怠感に対するdonepezilの有効性も検討されている。現在のところ、明らかな有意差は示されていないが、投与量等の

表3 倦怠感に対する精神刺激薬と donepezil の知見

薬剤・著者 (報告年)	対象	デザイン	介入内容	結果	備考
methylphenidate					
Sharhiff(2001)	進行がん11名	オープン試験	10mg 1日2回	11名中9名で、倦怠感が軽減、眠気や疼痛の改善	半数の患者に不眠や焦燥感、食欲不振、悪心、嘔吐などの有害事象が出現
Sugawara(2002)	進行がん16名	オープン試験	5~30mg/日	倦怠感の軽減	16名中2名が不眠で脱落
Schwartz(2002)	インターフェロン治療中のメラノーマ患者12名	オープン試験	運動療法と20mg/日	倦怠感尺度の低下	運動療法の影響か methylphenidate の影響かは不明
Bruera(2003)	進行がん患者30名	オープン試験	患者の自覚症状に応じて5mgを2時間ごと、最大1日4回まで	倦怠感と抑うつ症状の軽減	
Lower(2005)	化学療法から2ヵ月後のがん患者152名	第Ⅲ相 無作為化比較試験	d-methylphenidate 10~50mg/日	倦怠感の軽減に有意差なし	
Hanna(2006)	6ヵ月以上5年未満の経過観察中乳がん患者37名	第Ⅱ相	5mg, 1日2回	54%の患者で Brief Fatigue Inventory (BFI) のスコアで2点以上低下	16%が有害事象で脱落
Bruera(2006)	進行がん患者103名	プラセボ対照 無作為化比較試験	患者の自覚症状に応じて5mgを2時間ごと、最大1日4回まで	介入群、プラセボ群ともに FACT-F, ESAS スコアは改善、両者に有意差なし	
Roth(2006)	前立腺がん患者29名	第Ⅲ相 無作為化比較試験		介入群で73%の完遂、プラセボ群の23%で倦怠感の軽減	著しいプラセボ効果あり
Butler(2007)	放射線治療を受けた原発・転移性脳腫瘍患者68名	無作為化比較試験	d methylphenidate 30mg/日	methylphenidate の予防的投与は倦怠感や QOL の軽減に効果なし	対照は均一である点が指摘される。Methylphenidate は倦怠感が出現してからの使用が推奨される
Mar Fan(2008)	補助化学療法施行中の乳がん患者57名	無作為化比較試験	d-methylphenidate 10mg までを1日2回	FACT-F で有意差なし	methylphenidate 群で脱落が多い
Amanda(2010)	進行がん患者148名	第Ⅲ相 無作為化比較試験	long-acting methylphenidate 54mg/日	BFI で有意差なし	サブ解析で病期が進行した群では改善を認めた
Modafinil					
Morrow(2005)	治療後2年経過した乳がん患者51名	オープン試験	200mg/日	86%に倦怠感の軽減を認めた	
Kalcita(2006)	脳腫瘍患者30名	オープン試験	225mg/日	倦怠感尺度の平均値で8、12週で軽減	
donepezil					
Bruera(2003)	がん患者27名	オープン試験	5mg/日 7日間	完遂した20名すべてで倦怠感の改善	
Shaw(2006)	脳転移患者34名	オープン試験	5mg/日 24週間	POMS の倦怠感尺度が有意に改善	
Bruera(2007)	進行がん患者103名	無作為化比較試験	5mg/日 7日間	倦怠感に有意差なし	donepezil 群、プラセボ群どちらでも眠気の軽減効果があった。続けて行ったオープン試験では、donepezil 群で倦怠感の軽減効果が持続した
dextroamphetamine					
Auret(2009)	進行がん患者70名	プラセボ対照 無作為化比較試験	10mg 1日2回	BFI スコアで有意差なし	実薬群の反応率: 7/21
methylphenidate, pemoline					
Breitbart(2001)	HIV 患者104名	プラセボ対照 無作為化比較試験	methylphenidate 60mg/日または pemoline 150mg	Piper Fatigue Scale, VAS で精神刺激薬群で有意に改善	methylphenidate 群で41%が反応、pemoline 群で36%が反応(プラセボ群では15%)

FACT-F: Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue, ESAS: Edmonton Symptom Assessment System, POMS: Profile of Mood States, VAS: Visual Analog Scale

詳細な評価が待たれる。

X. 認知機能障害

抑うつ症状、倦怠感とは別に、抗がん治療後に微細な認知機能障害が生じる可能性が指摘されている。

がん薬物療法に関連すると考えられる認知機能障害は「chemo-brain」と呼ばれる²⁹⁾。認知機能障害は微細ではあるものの、言語性記憶や視覚性記憶、精神運動速度の低下、実行機能の低下など多岐にわたる³⁰⁾。

この認知機能障害に対して、とくに小児がんのサバイバーを対象に認知機能の改善を目指して精神刺激薬が使われている³⁰⁾。しかし、成人の固形がんを対象とした第Ⅲ相試験では、methylphenidateの有効性を示すことはできていない³¹⁾。一方、modafinilは抗がん治療中の記憶力や注意力を改善するとの報告がある³¹⁾。これらの結果は、進行がん患者28名を対象としたプラセボ対照のクロスオーバー試験においてmodafinil 200mg投与群で改善が認められている。また同時に抑うつ症状の改善も認められたという³¹⁾。

XI. 臨床での実際

終末期がん患者の抑うつ症状は、不快な気分と同時に精神運動速度の低下やマイルドな認知機能障害を伴うことが多い。精神刺激薬はそれらの症状の全般的な改善を目的に使用する。

海外ではdextroamphetamineやmethylphenidateを朝と昼の2回に分けて投薬する。数日をかけて徐々に漸増し、過度の刺激症状や不安、不眠が生じないことを確認しつつ漸増する。しかし、わが国では処方制限が行われ、用いられることはない。

わが国において投薬可能なのはpemolineの投与のみである。海外では18.75mgを1日2回から開始し漸増し、75~112mg/日を目標とする文献があるが、販売中止になっており新しい知見はない。わが国におけるpemolineの使用経験の報告も限られているが、オピオイドによる眠気対策

を中心に、10~20mg/日より開始をし、有害事象のないことを確認の上、最大50~60mg/日の範囲で日常臨床では用いた学会報告が多い。Methylphenidateのように、投与直後から現れるような即効性はない。3~7日続けて症状の改善が認められれば、10~20mgずつ漸増、あるいは維持をする。終末期の場合は疼痛の合併も多く、必然的に多剤併用になる。内服だけでも負担になることが多いため、予後1ヵ月を切る症例では増量は正直なところ難しい。

Pemolineの有害事象には肝機能障害があり、2週間ごとに定期的な肝機能の確認を行うことが望ましい。

Pemolineの使用に際して、臨床上問題となる点は不眠が生じやすい点である。文献上は不眠は5~10%に出現するとの記載があるが、がん患者の場合にはもともと不眠の合併が多く、睡眠覚醒リズムの障害が生じやすい。不眠が倦怠感を招き苦痛と訴える患者も多いため、症状緩和としてできること、できないことを的確にアセスメントしたのち、患者の希望に合わせて対症療法を選択する。一般に患者は夜間の苦痛の軽減と睡眠の確保を望むことが多いため、必然的に精神刺激薬は中止とする。

他の有害事象として不安の増悪や過覚醒があり、不安を伴った場合には使いづらい。

XII. おわりに

終末期がん患者における精神刺激薬の使用に関する現状をまとめた。Methylphenidateやmodafinilの使用を巡って、わが国と海外とのギャップは大きい。現状ではmethylphenidateを再び使用することは困難であり、またpemolineの新しい知見を得ることも期待しづらい。

がん患者の抑うつ症状や倦怠感を緩和することは、終末期がん患者のQOL向上に直結する問題である。Modafinilやdonepezilなどの新規治療法の検討が必要である。

文 献

- 1) Baker, F., Denniston, M., Smith, T. et al.: Adult

- cancer survivors: how are they faring? *Cancer*, 104(11 Suppl.): 2565-2576, 2005.
- 2) Bower, J.E.: Cancer-related fatigue: links with inflammation in cancer patients and survivors. *Brain Behav. Immun.*, 21: 863-871, 2007.
 - 3) Bruera, E., Valero, V., Driver, L. et al.: Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J. Clin. Oncol.*, 24: 2073-2078, 2006.
 - 4) Bukberg, J., Penman, D. and Holland, J.C.: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom. Med.*, 46: 199-212, 1984.
 - 5) Candy, M., Jones, L., Williams, R. et al.: Psychostimulants for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2: CD006722, 2008.
 - 6) Challman, T.D. and Lipsky, J.J.: Methylphenidate: its pharmacology and uses. *Mayo Clin. Proc.*, 75: 711-721, 2000.
 - 7) Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M. et al.: Desire for death in the terminally ill. *Am. J. Psychiatry*, 152: 1185-1191, 1995.
 - 8) Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D. et al.: Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*, 5: 353-360, 2000.
 - 9) Curt, G.A.: The impact of fatigue on patients with cancer: overview of FATIGUE 1 and 2. *Oncologist*, 5(Suppl.2): 9-12, 2000.
 - 10) Dein, S. and George, R.: The use of psychostimulants by palliative care consultants in the UK: a retrospective telephone survey. *Palliat. Med.*, 16: 167-168, 2002.
 - 11) DeVane, C.L., Markowitz, J.S., Carson, S.W. et al.: Single-dose pharmacokinetics of methylphenidate in CYP2D6 extensive and poor metabolizers. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 20: 347-349, 2000.
 - 12) Fernandez, F., Adams, F., Holmes, V.F. et al.: Methylphenidate for depressive disorders in cancer patients. An alternative to standard antidepressants. *Psychosomatics*, 28: 455-461, 1987.
 - 13) Ferraro, L., Antonelli, T., Tanganelli, S. et al.: The vigilance promoting drug modafinil increases extracellular glutamate levels in the medial preoptic area and the posterior hypothalamus of the conscious rat: prevention by local GABAA receptor blockade. *Neuropsychopharmacology*, 20: 346-356, 1999.
 - 14) Kohli, S., Fisher, S.G., Tra, Y. et al.: The Effect of Modafinil on Cognitive Function in Breast Cancer Survivors. *Cancer*, 115: 2605-2616, 2009.
 - 15) Lower, E., Fleishman, S., Cooper, A. et al.: A phase III, randomized placebo-controlled trial of the safety and efficacy of d-MPH as new treatment of fatigue and "chemobrain" in adult cancer patients (ASCO meeting abstract). *J. Clin. Oncol.*, 23(16 suppl), 2005.
 - 16) Lundorff, L.E., Jonsson, B.H. and Sjogren, P.: Modafinil for attentional and psychomotor dysfunction in advanced cancer: a double-blind, randomised, cross-over trial. *Palliat. Med.*, 23: 731-738, 2009.
 - 17) Macleod, A.D.: Methylphenidate in terminal depression. *J. Pain Symptom Manage.*, 16: 193-198, 1998.
 - 18) Mock, V.: Fatigue management: evidence and guidelines for practice. *Cancer*, 92(6 Suppl.): 1699-1707, 2001.
 - 19) Moraska, A.R., Sood, A., Dakhil, S.R. et al.: Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study of long-acting methylphenidate for cancer-related fatigue: North Central Cancer Treatment Group NCCTG-N05C7 trial. *J. Clin. Oncol.*, 28: 3673-3679, 2010.
 - 20) 中込和幸: 精神科における刺激薬. 日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会編: 臨床精神神経薬理学テキスト改訂第2版, 星和書店, 東京, p.301-306, 2008.
 - 21) Nathenson, A.L.: Clinical evaluation of Ritalin. *Dis. Nerv. Syst.*, 17: 392-396, 1956.
 - 22) Olin, J. and Masand, P.: Psychostimulants for depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics*, 37: 57-62, 1996.
 - 23) 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介: サバイバーにおける認知機能障害. *腫瘍内科*, 5: 202-210, 1997.
 - 24) Peuckmann, V., Elsner, F., Krumm, N. et al.: Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 11: CD006788, 2010.
 - 25) Scammell, T.E., Estabrooke, I.V., McCarthy, M.T. et al.: Hypothalamic arousal regions are activated during modafinil-induced wakefulness. *J. Neurosci.*, 20: 8620-8628, 2000.
 - 26) Seow, H., Barbera, L., Sutradher, R. et al.: Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J. Clin. Oncol.*, 29: 1151-1158.

- 2011.
- 27) 鈴木利人: 中枢刺激薬. 精神科治療学, 22 (増刊号); 260-263, 2007.
- 28) Thompson, S.J., Leigh, L., Christensen, R. et al.: Immediate neurocognitive effects of methylphenidate on learning-impaired survivors of childhood cancer. J. Clin. Oncol. 19; 1802-1808, 2001.
- 29) Vardy, J., Wefel, J.S., Ahles, T. et al.: Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from the Venice cognitive workshop. Ann. Oncol. 19; 623-629, 2008.
- 30) Vogelzang, N.J., Breitbart, W., Cella, D. et al.: Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. Semin. Hematol. 34(3 Suppl.2); 4-12, 1997.

第8回(2011年)「精神科治療学賞」のお知らせ

精神科治療学では2011年(第26巻)に掲載される研究報告, 臨床経験, 総説の中から原則として最優秀賞1編, 優秀賞1~3編を選び, 第8回「精神科治療学賞」を贈ります。本誌編集委員会が選考します。選考にあたっては原著性を重視します。2012年3月に本誌上にて発表する予定です。受賞者には授賞式にて正賞(賞状)と副賞(賞金)が贈られ, 編集委員と懇談いただけます。皆様のご投稿をお待ちしております。

最優秀賞…1編

- ・正賞(賞状)
- ・副賞①(賞金20万円)
- ・副賞②(「精神科治療学」1年分進呈)

優秀賞…1~3編

- ・正賞(賞状)
- ・副賞(賞金10万円)

「精神科治療学」編集委員会
株式会社 星和書店

特集
1

化学療法の中止を伝える際の コミュニケーションとその後のかかわり

- 003 SHAREを用いた
化学療法中止の伝え方
国立がん研究センター東病院 臨床開発センター
精神腫瘍学開発部 心理社会科学室長 **小川朝生**

- 008 化学療法の中止を伝えられた
直後の患者・家族へのかかわり
社会医療法人明和会
中通総合病院 緩和ケア認定看護師 **船水裕子**

- 014 化学療法中止を伝えられた
患者・家族への継続的なかかわり
がん研究会有明病院 副看護師長
リエゾン精神看護専門看護師 **林田由美子**

特集
2

緩和ケア(がん性疼痛緩和)領域の リスクマネジメント～オピオイド製剤の増加により予想されるリスクへの対応

- 053 緩和ケアの現場でリスクを
回避するために必要な知識
済生会横浜市南部病院 看護相談室
係長/がん看護専門看護師 **嶋中ますみ**

- 060 患者の状態に合った適正な
オピオイド製剤選択のポイント
京都府立医科大学附属病院
疼痛緩和医療部 副部長 **上野博司** ほか

- 066 オピオイドローテーションを
安全に実施するためのポイント
兵庫県立がんセンター
麻酔科 部長/緩和ケアチームリーダー **池垣淳一**

連載

- 036 第4回 私の認定看護師としての原点と活動の軌跡
富士宮市立病院 主任看護師 緩和ケア認定看護師 **夏目智子**

- 042 第2回 看護の質・専門性を高めるために
がん看護領域の教育者・高度看護実践者が
伝えたいこと
徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部 保健科学部門
看護学講座 ストレス緩和ケア看護学分野 教授 **雄西智恵美**

- 046 第3回 日本がん看護学会 ニュースレター
日本がん看護学会 理事/特別関心活動グループ委員会
委員長 **佐藤まゆみ**

- 048 第4回 抗がん剤最新情報PICK UP
沼津市立病院 主任薬剤師 **近藤昌子**

- 080 第4回 がん性疼痛緩和薬剤～活用ナレッジ&トピックス
沼津市立病院 薬剤部 副薬剤部長 **真野 徹**

- 085 第6回(最終回) 事例で理解する! 中範囲理論超入門
信州大学 医学部 保健学科 教授 **松永保子** ほか

- 092 第6回(最終回) 専門看護師に学ぶ がん看護実践レベルアップ講座
大阪府立大学 看護学部 助教/がん看護専門看護師 **徳岡良恵**

- 102 第4回 がん治療最前線～治療・看護最新トピックス
高知医療センター 腫瘍内科 医長 **小林和真** ほか

- 108 第4回(最終回) 静岡県立静岡がんセンターの実践と工夫!
注意が必要な抗がん剤の投与管理
静岡県立静岡がんセンター 看護部 **横山弘一**

特別企画

- 021 インフォームド・コンセントを
得るための究極の説明文書
～中心静脈リザーバー(ポート)を
留置される患者に説明しなければ
いけない項目と活用のポイント
高知医療センター がんセンター長
放射線療法科 科長 **森田荘二郎**

- 073 CINVが激減。
世界標準の制吐療法に沿った
レジメンピックアップ
沼津市立病院
主任薬剤師 **近藤昌子**

- 113 患者・家族への支援体制の
充実を目指した
相談支援センターの活動
独立行政法人 国立がん研究センター
相談支援室 医療社会事業専門員
樋口由起子

- 020 急性期ケアを極める!
急変時に不可欠な達人ナースの
ドクターコール
東京医科大学八王子医療センター
循環器内科 医学博士
大島一太