

きを得ることとして表現された。

また、〈包括的、客観的に振り返り、学びを得る〉ことは、「若い子から経験豊富な人まで参加したが、みんな出てよかったと言っていたので、参加すれば何かもって帰れると思う」（一般病棟看護師1）、「後悔することはたくさんあったが、勉強になった点もとても多かった」（医療ソーシャルワーカー）などと、「初めから終わりまでひとつでみることができる」「行ったケアが患者・家族にとって本当はどうだったのか、少し引いてみることができる」「客観的な評価を得る」など学びを得ることとして表現された。

さらに、「(亡くなった後だけではなく) 入退院している時にカンファレンスをもてたら、もっとケアに反映されたかもしれない」（緩和ケア病棟看護師）のように、デスカンファレンスを行うことにより、経過途中のカンファレンスの重要性にも気づき、〈カンファレンスを発展的にひろげていきたい〉という意思へとつながっていくことが表現された。

【患者・家族をより理解できる】とは、自分のみていない時期や場所での患者・家族の様子を知り、全体像を捉え直すことを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈自分のみてない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる〉ことは、「サマリーでのやりとりもあったが、やはり直接顔を合わせることで、在宅での患者さん・ご家族の状況がよく分かった」（一般病棟看護師2）、「私たちケアマネジャーはしょっちゅう呼ばれるわけではないので、非常に短い信頼関係の中で動いている。亡くなる瞬間の様子やご家族の様子が初めてその時に分かった」（介護支援専門員）のように、自分のみてない患者・家族の様子を実感をもって感じることで表現された。参加者が互いに直接対話することにより、患者・家族の様子を、より具体的にイメージできたことが繰り返し表現された。

さらに、〈自分では聞くことができない患者・

家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる〉ことは、「たとえばうまくいったと思っても、患者さんから本音を言ってもらえない部分はあって、建前みたいなことを言われてしまうこともある。看護師さんやケアマネジャーさんに本音を話していれば、カンファレンスで聞くこともできる」（診療所医師）、「家族の後悔というのは（自分では）気づくケースではなく、デスカンファレンスでなければ聞けなかった」（医療ソーシャルワーカー）のように、患者・家族の「思い」を自分以外の職種から多面的に聞き、より患者・家族を理解することとして表現された。

【参加する負担がある】とは、デスカンファレンスに参加する精神的負担や時間の確保、コーディネートについての負担があることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈参加を敷居が高いと感じ、責められるような、忘れたいことを思い出させるつらさを感じやすい〉ことは、「後悔とか、嫌な、忘れたいことを思い出させるようなところを感じやすいのかもしれない」（一般病棟看護師1）のように、当初、参加することに負担を感じ、精神的なつらさを感じやすいこととして表現された。しかし、「決して責めるつもりで、事例を出しているわけではないことが伝わった」（一般病棟看護師2）と、相手を思いやり、「できていなかった」ではなく、「こういうふうにできる」のように、改善点の提示の仕方が工夫されていた体験が表現された。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域の緩和ケアの連携の課題を解決するために行ったカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験を明らかにした初めての研究である。

本研究で最も重要な点は、2つのフォーカスグループで、「お互いにより理解し合える」というテーマが語られたことである。このカテゴリーには、互いの役割や価値観、気持ちを理解すること

が含まれていた。これは、参加者が具体的な事象や事例について、書面や大規模・形式的な集まりではなく、直接コミュニケーションをとることにより生まれる効果であると考えられる。この結果と、これまでに臨床の立場から多く提言されてきた「顔の見える連携」の重要性<sup>10,11)</sup>から、連携を促進するためには、互いの「役割」を知ることだけではなく、「価値観」や「気持ち」を理解しあうコミュニケーションの機会が重要であることが示唆される。

本研究で次に重要な点は、「実践が変化する」というテーマが2つのフォーカスグループで、繰り返し語られたことである。本研究では、当事者同士が集まり、双方向性に議論することが、気づきから実践の変化への原動力になっていることが示唆された。この結果と、行動変容を生じるには、一方向性の講義ではなく双方向性のワークショップが必要であるという知見から<sup>12,13)</sup>、当事者同士が集まって話し合う機会を多くもつことは、「顔の見える関係」を構築するのみならず、実践を改善することに有効であることが期待される。

特徴的であったことは、デスカンファレンスのフォーカスグループで、「自分のみていない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる」というテーマが語られたことである。これは、病院内で行われるデスカンファレンスでは報告されていない現象である<sup>14,15)</sup>。その理由は、地域では多施設のより幅広い連携が展開されること、自らが行ったケアがその後どのように影響したかを知る機会が少ないことが考えられる。したがって、地域で患者に直接関わった多施設多職種が一堂に会して小さな単位で振り返りを行うことは、自分が直接関わっていない時期の患者・家族をより理解し、行ったケアや連携を評価して、次につながる示唆を得るという意味をもつと考えられる。

一方、連携ノウハウ共有会は、知識やツール、情報を得て、連携の課題に対する解決策を議論できる場として体験されていた。地域の課題は、「ある場所では解決されているにも関わらず、別

の場所では解決されていない」現象が生じるため、ノウハウを共有しながら解決していく方法の有用性が示唆されている<sup>8)</sup>。今回の研究においても、職種や施設を限定しない多職種で、ノウハウを共有することにより、他の場所で解決されている方法を取り入れていく体験が述べられた。したがって、地域の連携の課題を解決していくために、多施設の当事者が集まるノウハウを提供し合える機会をつくっていくことの重要性が示唆される。

本研究には以下の限界がある。本研究は、少数例を対象とした質的研究であるため、一般化することはできず、患者・家族への効果は評価できない。また、職種別の分析は対象となった職種の対象数が少ないため行わなかった。今後、得られた知見をもとに参加者や患者・家族を対象とした量的研究が可能となる。

## おわりに

本研究では、「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」に参加した医療福祉従事者の体験が明らかにされた。

連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスは、地域の中で多職種が出会い、より理解し合い、連携の課題に対する解決策を共に見出していく場として体験されていた。連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスは、地域の緩和ケアを促進し、連携の課題を解決していくことに貢献できる可能性がある。

今後、2つのカンファレンスを通じて顔の見える関係の構築を継続し、連携ノウハウ共有会によるシステムの改善、デスカンファレンスによる個々の事例で生じた課題の改善をシステムとして継続、評価することが重要である。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業 がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班により行われた。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 2) Gomes B, Higginson IJ : Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer : systematic review. *BMJ* 332 : 515-521, 2006
- 3) 福井小紀子 : 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関する要因を明らかにした全国調査. *日本看護科学会誌* 27 : 92-100, 2007
- 4) 福井小紀子 : 入院中の末期がん患者の在宅移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討—在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. *日本看護科学会誌* 27 : 48-56, 2007
- 5) がん対策のための戦略研究 : 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」対象地域に対する予備調査. 2010年5月10日アクセス [http://gan-kanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 6) 林 昇甫 : 病院と地域緩和ケアネットワーク 2. [豊中市] 地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. *ホスピス緩和ケア白書* 編集委員会 編 : *ホスピス緩和ケア白書* 2008. p.47-52, 2008
- 7) Murray MA, Fiset V, Young S, et al : Where the dying live : a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum* 36 : 69-77, 2009
- 8) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他 : 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20 : 417-422, 2010
- 9) Krippendorff K : Content analysis : an introduction to its methodology. Beverly Hills, CA : Sage Publications, 1980 (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳 : メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. p.21-39, 勁草書房, 1989)
- 10) 片山 壽 監著 : 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.2-18, 篠原出版新社, 2008
- 11) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦 : 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア—2. [東京都] 在宅緩和ケアにおける医療・看護・介護の連携. *ホスピス緩和ケア白書* 編集委員会 編 : *ホスピス緩和ケア白書* 2008. p.57-59, 2008
- 12) Forsetlund L, Børndal A, Rashidian A et al : Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009
- 13) Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al : Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001
- 14) 青木由美子, 堀内さおり, 滝沢由紀子 : 倫理的な視点を取り入れたデスカンファレンスの検討—デスカンファレンス用紙の分析をとおして. 第38回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) : 224-226, 2007
- 15) 吉木恵美, 松本奈津子 : 終末期患者のデスカンファレンスにおいて看護師が目撃すること. 第37回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) : 416-418, 2006

がん患者と家族の  
サポートプログラム

—「がんを知って歩む会」の基本と実践—

- ◆監修 季羽倭文字  
(ホスピスケア研究会顧問)  
丸口ミサエ  
(ホスピスケア研究会)
- ◆編集 ホスピスケア研究会

がん患者と家族のためのサポートプログラムに取り組むにあたって、その基本や実際を詳細に解説。

コミュニケーションやグループでの話し合いの進め方など、実際場面で当面するさまざまな問題について蓄積した体験を踏まえ具体的に記述。「がんを知って歩む会」が十年来実践してきたサポートプログラムのエッセンスをあますところなく紹介。

臨床や教育の場で大いに活用できるサポートプログラムの入門・実践の1冊。



●定価1,890円(本体1,800円+税)  
送料290円 A5判 170頁  
ISBN4-902249-13-8



株式会社 青海社

〒113-0031 東京都文京区根津 1-4-4 河内ビル  
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 郵便振替 00140-4-258811  
ホームページ 青海社 (検索)

## がん疼痛治療の最新情報



森田 達也

# 1. 早期緩和ケア導入による がん治療の影響と効果

Morita Tatsuya  
森田 達也Kuriya Meiko  
厨 芽衣子\*

\*聖隷三方原病院緩和和支持治療科

## はじめに

緩和ケアはがん治療の一部であり、早期から適切に提供されることが重要であるとの概念の変化を受け、2002年にWHOの緩和ケアの定義が変更された。この背景として、少なくとも2000年前半までは、「専門緩和ケアサービス」に紹介される時期が、患者や家族からみて遅かったということが挙げられる(図1)<sup>1-4)</sup>。例えば、わが国の緩和ケア病棟の遺族を対象とした全国調査では、「初めて緩和ケア病棟に紹介された時期」について「もっと早く受診したかった」「もう少し早く受診したかった」と評価した遺族が約50%であった<sup>4)</sup>。その後、わが国では緩和ケアチームが全国で発足し、先駆した施設では、緩和ケアチームに紹介される患者で早期のがん患者が増え、専門緩和ケアサービスに紹介されてからの患者の生存期間も長くなることが示された(図2)<sup>5)</sup>。さらに、がん対策基本法が施行された後に行われた同様の全国調査では、「初めて緩和ケア病棟に紹介された時期」について「もっと早く受診したかった」「もう少し早く受診したかった」と評価した遺族は46%と大きな変化は認められなかったが、緩和ケアチームが診療していた患者では、患者自身が「もっと早く受診したかった」「もう少し早く受診したかった」という頻度が36%と少なくなったことが報告された<sup>6)</sup>。これらは、国際的にも、わが国においても、緩和ケアが早期から提供されるようになってきていることを示唆している。

しかし、これらはいずれも「緩和ケアが必要になったときに」始められる緩和ケアである。では、患者の状

況にかかわらず、緩和ケア専門サービスが患者の診療に加わることはどのような効果をもたらし得るのだろうか。このテーマに長年取り組んでいたのがTemelらのグループであった。彼女らは、Stage IVの肺がん患者全員に対して、診断のときから緩和ケアチームが加わるモデルが患者のquality of life(QOL)に与える影響について、2007年にPhase II試験を終了させ<sup>7)</sup>、効果がある可能性を示した。その後、Phase III試験を行った結果が発表されたので、その内容と解釈について紹介する<sup>8)</sup>。

## Temelらの研究

### 1. 対象と方法

対象となったのは、2006年6月から2009年7月の間に、米国ボストンのマサチューセッツ総合病院で8週間以内に新しく転移性非小細胞性肺がんと診断され外来に通っている患者で、標準的がん治療を受ける群(標準的がん治療群)と、標準的がん治療に加えて緩和ケアチームが早期介入する群(緩和ケア早期介入群)に無作為に割り付けられた。

緩和ケア早期介入群に割り付けられた患者は、緩和ケア専門医とナースプラクティショナーによって構成される緩和ケアチームによって診察を受け、少なくとも1カ月に一度はフォローされた。緩和ケアで行う診療ガイドラインは『National Consensus Project for Quality Palliative Care』から翻案され、緩和ケアチームは電子カルテに設定されたテンプレートを用いて診療ガイドラインに則って診療し、記録した。診療上最も

紹介から死亡までの日数

	紹介から死亡まで	1週間以内の死亡
Italy	38日	14%
U.S.A.	36日	16%
日本	47日	13%

(文献1~3より作成)

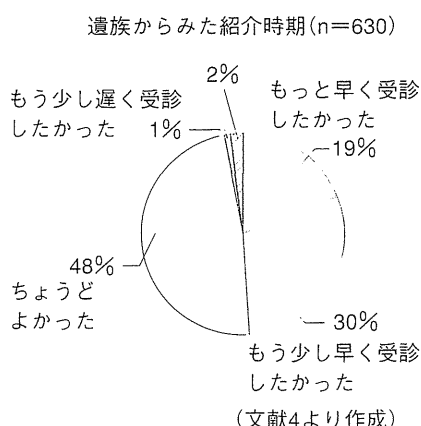


図1 専門緩和ケアサービスに紹介される時期

緩和ケア病棟・在宅ホスピスに紹介されてから死亡までの期間が短く、late referralが指摘されている。

	2003年 (n=111)	2004年 (n=100)	P
平均予後(日)	71	155	<0.001
95%CI	54~88	122~188	
化学療法施行中	18%	43%	<0.001
PS	3.2±0.76	2.8±0.80	0.002

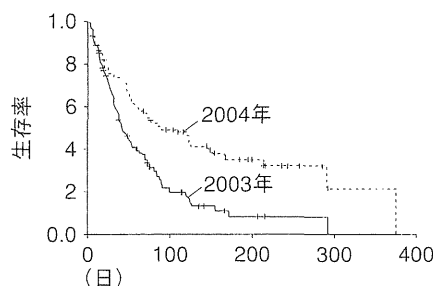


図2 1施設での緩和ケアチームへの紹介時期

緩和ケアチームは病期と関係なく提供されるため、早い時期から緩和ケアを一緒に行うことが増えてきている。(文献5より引用改変)

重点が置かれたのは、身体および精神社会的な苦痛を評価すること、治療の目標を設定すること、そして治療に関する意思決定過程を支援することであった。

患者の適格基準は、①8週間以内に病理学的に診断された転移性非小細胞性肺癌があること、②Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)のperformance statusが0~2であること、③英語が話せることで、既に緩和ケア外来でフォローされていた患者は除外された。

主要評価項目は、フォロー開始から12週での Trial Outcome Index (FACT-L scaleのlung cancer subscale, physical well-being subscale, functional well-being subscaleの合計点)が開始時と比較し、どう変化するかということであった。このほかに、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)と、DSM-IVの診断基準に基づいて大うつ病性障害の評価が可能な Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)が用いられた。

## 2. 主要な結果

最終的に151人の患者について解析が行われ、それ

ぞれの群間における患者の属性に差はなかった。介入群のうちperformance statusが0か1だったのは94%、プラチナ製剤を含む多剤のがん治療を受けたのは45%、単剤のがん治療を受けたのは12%、放射線治療を受けたのは35%で、がん治療を受けなかった患者はいなかった。緩和ケア早期介入群に割り付けられた患者は、開始から2週間以内に死亡した1人の患者を除いて、最低一度は緩和ケア外来での診療を受け、平均診療回数は4回であった。標準的がん治療群に割り付けられた患者のうち、10人(14%)は症状マネジメントのための診療依頼があった。

標準的がん治療群に割り付けられた患者に比べ、緩和ケア早期介入群に割り付けられた患者は有意に、かつ臨床的に意味があると考えられるほどにQOLが高かった(図3)<sup>8)</sup>。両群において新たに抗うつ薬を開始された率は差がないにもかかわらず、HADSとPHQ-9で診断された抑うつ割合は、緩和ケアチーム早期介入群において有意に少なかった(HADS-D: 38% vs. 16% p=0.01; PHQ-9: 17% vs. 4% p=0.04)。

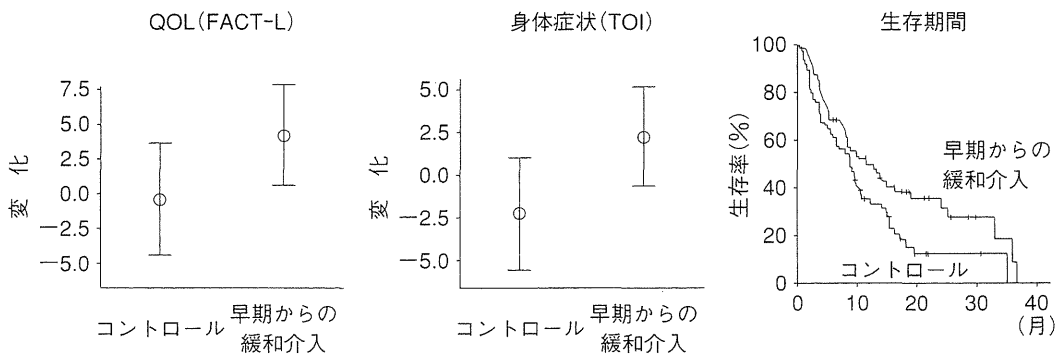


図3 早期からの緩和ケアチームの介入の比較試験

FACT-L : Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung scale, TOI : Trial Outcome Index.

(文献8より引用改変)

また、緩和ケアチーム早期介入群では、標準的がん治療群に比べて有意に生命予後が長かった(中央値8.9カ月 vs. 11.6カ月, 図3)

## 解 説

本研究は、緩和ケアチームがルーチンとして診断時から介入することで患者の身体症状、精神症状の両方を含むQOLが改善することを示した、初めての無作為化比較試験という点で重要な研究である。しかし注目しむしろ、主たる研究の目的よりも「生命予後が延長した」ことに集まったようである。以下では、本論文をより理解するために重要な2点について解説を行う。

### 1. 行われた「緩和ケア」は一体何か? : 介入内容について

緩和ケアの介入試験では、しばしば「何が行われたのかが不明確である」との指摘を受ける。本研究より前に『Lancet』に発表された、地域緩和ケアのクラスターランダム化(市町村を単位としてランダム化を行う)比較試験でも、「緩和ケアの介入」が果たして何であるのかが明確でないことが問題とされた<sup>9)</sup>。

さて、今回の研究で行われた「緩和ケア」とは何であろうか。記載されているのは、「緩和ケアの専門チームが定期的に患者を診察し、ガイドラインに従った介入を行ったこと」だけである。「実際に何を行ったのか」は記載されていない。読者の方々は一休何が行われたとイメージされるであろうか。

「緩和ケア」と聞いて、まず第一に頭の中に思い浮かぶのは「疼痛、オピオイドの治療」であろう。ペインサービスを中心とした緩和ケアチームでは、神経ブロックを含む難治性疼痛の治療を、精神支援を中心とした緩和ケアチームでは、精神的サポートや抑うつ

治療を、支持療法も行っている緩和ケアチームでは、抗がん剤の副作用対策をイメージするのではないだろうか。ひょっとすると、ホスピスプログラムへの紹介などを思い浮かべる読者もいるかもしれない。ここで強調しておきたいことは、「緩和ケア」と表現される治療に含まれる介入はまちまちである(定義されていない)ことである。

Stage IVとはいえ初診の患者であることから、今回の研究対象で疼痛に対してオピオイドの治療を最初から受けた患者の割合は、あまり大きくはないと想像できる。緩和ケアの対象となった症状には、化学療法に伴う嘔気や食欲不振、倦怠感に対する薬物療法や行動療法が含まれていたに違いない。不眠、不安、抑うつといった精神症状や、精神的支援が提供された患者も多かったであろう。介入は意思決定支援に焦点が置かれていたと記載されているため、がん治療の選択の意思決定についてのサポートも行われたと考えられる。そうすると、「緩和ケア」と記載されているものの、少なくとも一部、ひょっとすると大部分は、「支持療法(supportive care)」であったのかもしれない。少なくとも、この論文でいうところの「緩和ケア」とは、わが国の緩和ケアとしてイメージされることが多い「オピオイドによる治療」や「緩和ケア病棟に転院すること」ではないし、「在宅ホスピスを受けること」でもない。「緩和ケア」の中身には、支持療法やサイコオンコロジー的な治療が含まれているということを念頭に置き、「どのような介入が実際になされたのか」をよく考えなければならない。

### 2. 主要評価項目と副次的評価項目：生存期間について

生存期間は、研究の主要評価項目ではなかった点も重要である。主要評価項目でない「有意な結果」は、結

果に影響する要因を調整していないので、追試で再現されるとは限らない。緩和ケアにおいても、これまでに、ある種の緩和ケアが生命予後に良い影響を与えている可能性を示唆する研究は複数発表されてきたが、再現されていない<sup>10)</sup>。

サイコオンコロジー領域に関わっている読者は、同じような経験を思い出すであろう。1989年、Spiegelらが、86人の転移性乳がん患者を対象に、週1回のグループ療法を行うことが、生命予後を改善するかを検討するための無作為化比較試験を行った。10年間のフォローアップの結果、対照群における介入開始後からの生命予後は平均約19カ月であったのに対し、介入群では37カ月と有意に延長したことを報告した<sup>11)</sup>。その後いくつかの肯定的な試験が発表されたものの、さらにその後のより厳密なデザインによる試験では、グループ精神療法の生命予後への効果を否定する報告が続くようになった。近年発表されたメタアナリシスや追試(replication study)では、QOLを改善する効果はあると考えられるが、生命予後を改善する効果については否定的であった<sup>12)</sup>。

本研究でも、生命予後は副次的評価項目であり、生命予後に最も影響するであろうがん治療や、合併症治療(敗血症の早期診断・治療など)の内容が、介入群と対照群とで比較検討されていない。生命予後が改善したのは、積極的な「緩和ケア」により、がん治療の副作用が軽減したり不安や抑うつが改善したために、「がん治療がより適切に行えた」ことが主な理由なのかもしれない。

Temelらはこのことに関して、①低いQOLと抑うつは短い生存期間と関連しているという先行研究の知見から、QOLや抑うつが改善したために介入群で生存期間が長くなった、②緩和ケアチームが、がん治療医と並行して介入することで必要な治療はきちんと行われ、適切でない治療は行われなかった(「optimal and appropriate administration of anticancer therapy」と表現されている)、③患者がより早い段階でホスピスに入ったことで、よりの確かな症状マネジメントが病状を安定させ、生命予後の延長につながった可能性がある、と複数の想定できる解釈を挙げている。その上で、緩和ケアチームが早期に介入したこと以外にも生存期間に影響した因子があるかどうかを検討するためにも、今後さらなる研究が必要だと締めくくっている。

生命予後に関する効果に関して、本論文の結果は予備的なものであるという認識をもつことが必要である

## ま と め

「緩和ケアを受ければQOLもよくなり、しかも、寿命が延びる」というメッセージは「魅力的」である。前者はおそらくそうに違いない。しかし、後者については、緩和ケアに関わる専門家は、より謙虚に過去の教訓に耳を傾けるべきである。本論文については、既に同様の意見が出されているので、近く「何が行われたか」を含めた詳細な解析の結果が追加で報告されるかもしれない。本研究が、「早期からの緩和ケア」にとって重要な研究であることはいうまでもない。しかし、だからこそ、詳細な結果が報告され、十分に解釈可能となるまでは、短絡的に『緩和ケア』を早く受けた方が寿命も延びる』のような不確実なことを断言するのは、専門家としては慎むべきである。「緩和ケア」が実際には何が行われたのか、生命予後に影響を与える要因の群間差はないのかについて、今後の報告を待ってよく結果を解釈することが重要である。

## 文 献

- 1) Christakis NA, Escarce JJ : Survival of medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996 ; 335 : 172-178.
- 2) Costantini M, Toscani F, Gallucci M, et al : Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care : a multicenter prospective cohort study. *Italian Cooperative Research Group on Palliative Medicine. J Pain Symptom Manage* 1999 ; 18 : 243-252.
- 3) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T ; Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care Units : Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002 ; 16 : 185-193.
- 4) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 2637-2644.
- 5) Morita T, Fujimoto K, Imura C : Trends toward earlier referrals to a palliative care team. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 30 : 204-205.
- 6) Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al : Late referrals to palliative care units in Japan : nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 : 191-196.
- 7) Temel JS, Jackson VA, Billings JA, et al : Phase II study : integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small-cell lung cancer patients. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 2377-2382.
- 8) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al : Early pal-

- liative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010 ; **363** : 733-742.
- 9) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al : A palliative-care intervention and death at home : a cluster randomised trial. *Lancet* 2000 ; **356** : 888-893.
- 10) Smith TJ, Staats PS, Deer T, et al ; Implantable Drug Delivery Systems Study Group : Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain : impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol* 2002 ; **20** : 4040-4049.
- 11) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al : Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989 ; **2** : 888-891.
- 12) Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, et al : Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer : a randomized prospective trial. *Cancer* 2007 ; **110** : 1130-1138.
- 13) Lewin S, Glenton C, Oxman AD : Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions : methodological study. *BMJ* 2009 ; **339** : b3496. doi:10.1136/bmj.b3496.



# がん医療における心の問題とその対応

大西 秀樹<sup>1)</sup>

石田 真弓<sup>1,2,3)</sup> 多田 幸雄<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

<sup>2)</sup>早稲田大学大学院人間科学研究科

<sup>3)</sup>日本学術振興会特別研究員 DC

## 要 旨

がん患者は、治療以外に様々なストレス要因を抱えている。これらストレスから精神疾患の発症へつながることも稀ではない。精神疾患に罹患すると、その症状に苦しむばかりではなく、治療意欲、判断力の低下にもつながるので、早急な対応が必要である。看病を行う家族も心身ともに負荷を負っており、「第2の患者」と呼ばれる状態にあり、医療とケアの対象である。死別は人生の中でも大きなストレスの一つで、遺族の精神、身体、社会面に影響を及ぼすことが知られている。遺族に対するケア、「後治療」は、遺族のストレス軽減に有効である。  
(ペインクリニック 32: 701-711, 2011)

キーワード：がん、サイコオンコロジー、心のケア

## 1. がんと心の問題：サイコオンコロジーの発祥

がんという病気は年間30万人以上が死亡しており、1981年以降、わが国における死因の第1位である。がんと聞いて死を連想する患者も少なくない。また、治療以外に、仕事、家庭そして実存の問題など、様々なストレス要因を抱えている(表1)。これは一つひとつが大きな問題で、精神疾患の発症へつながることも稀ではない。がん治療中に精神疾患に罹患すると、その症状に苦しむばかりではなく、治療意欲、判断力の低下にもつながるので、早急な対応が

表1 がん患者が受ける苦悩

身体面
身体の一部の喪失, 変形
身体機能の低下, 喪失
吐き気・嘔吐
疼痛
社会面
長期の休暇, 休職, 失業
家庭内での役割変化
治療費用の問題
実存面
人生における意義の再考

必要である。そこで、がんという病気が心に及ぼす影響を調べ、それらに対して適切に対処する臨床および研究領域である精神腫瘍学(サイコオンコロジー)が誕生した。

サイコオンコロジーは、がんの診断を患者に伝えるようになった1960年代に米国において発祥し、がんに伴う心理、社会的問題について医学、看護学、心理学、社会学、死生学、哲学

〈Review〉

**Mental problems and psycho-oncological management in cancer treatment**

Hideki Onishi, et al

Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center

表2 「悪い知らせ」の後にみられる心理反応

第一期	衝撃の時期（直後～1週間） 何も考えられない 否認 絶望
第二期	苦悩の時期（1～2週） 不安 抑うつ気分
第三期	適応の時期（2週以後） 現実への適応 生活再開

など様々な領域よりアプローチを行い、患者の抱える問題を軽減することに貢献している。

## 2. がん患者にみられる正常な心理的反応と精神科疾患の概要

### 1) 正常反応（表2）

がんの告知、再発、治癒を目指した治療の中止など、「悪い知らせ」が伝えられた時にみられる一般的な反応は、次の三段階に分けられている<sup>1,2)</sup>。

第一期は「衝撃の時期」である。「悪い知らせ」を受けた後、頭の中が真っ白になり、説明内容を覚えていないこともある。何も考えられなくなり、信じられないといった症状が出現する。この時期は1週間程度続く。

第二期は「不安・抑うつ」の時期である。衝撃の時期を過ぎて物事がみえてくるようになると、病气や将来に対する不確実性から、精神症状として不安・抑うつ、身体症状として不眠・食欲不振などを呈する。

第三期は「適応の時期」である。「悪い知らせ」から2週間程度経過すると病気の現実を受け入れ、より現実的な対応が可能となる。

ただし、この過程は病状、病前性格、周囲のサポートなどにより個人差が大きい。

### 2) がん患者にみられる精神疾患

治療中のがん患者の調査では、約半数に精神科の診断がつき、診断名としては適応障害とうつ病が多い<sup>3)</sup>。その後の調査でも、不安・抑うつ

表3 精神症状が、がん治療に及ぼす負の影響

患者に対して
精神症状そのものによる苦痛
生活の質（QOL）の低下
適切な意思決定障害
自殺率の上昇
家族に対して
家族の精神的苦痛

つは約20～40%の患者にみられる<sup>4)</sup>。

進行・終末期患者の調査でも、約半数の患者に精神科の診断がつき、最も多い診断名はせん妄であり、その比率は終末期に近くなるほど高くなる<sup>5,6)</sup>。

不安、抑うつは診断後5年経過しても、15%の患者に認められるという報告もある<sup>7)</sup>。

## 3. 精神症状対応の必要性

がん医療において、精神症状は日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を与えることが判明している。以下に、精神症状ががん治療に与える負の影響について述べる（表3）。

### 1) 精神疾患そのものによる苦痛

不安および抑うつは、ただ、不安感、抑うつ感といった気分の症状のみではなく、苦痛を伴う症状である<sup>8,9)</sup>。せん妄も同様に苦痛な体験であることが知られている<sup>10)</sup>。

### 2) QOLの低下

患者の生活の質（quality of life : QOL）は、精神的苦悩を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に、低下することが知られている<sup>11)</sup>。

### 3) 適切な意思決定障害

意思決定も影響を受ける。乳がん患者における調査では、術後化学療法を受ける割合を対象群と抑うつ群とで比較すると、対象群では92%が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数の50%であった<sup>12)</sup>。



約半数の患者  
診断名はせん  
くなるほど高

しても、15%  
ある<sup>7)</sup>。

日常生活のみ  
影響を与える  
症状ががん  
くる (表3)。

痛  
感、抑うつ  
、苦痛を伴  
苦痛な体験

QOL) は、  
する適応の  
している<sup>11)</sup>。

患者におけ  
割合を対象  
対象群では  
して、抑うつ

#### 4) 自殺

自殺患者の調査では、約80%が抑うつを呈していた<sup>13)</sup>。がん患者の自殺率は一般に比して約2倍で、身体的な痛み、絶望感、予後の悪さ、抑うつが危険因子である<sup>14-16)</sup>。

#### 5) 家族の精神的苦痛

家族も精神的に苦悩し、抑うつ程度は患者と同等であることが知られている<sup>8,17)</sup>。

### 4. がん患者における心のケア

以上に挙げたように、がん患者の抱える苦悩は、身体、精神、社会、実存面に関与しているため、臨床の現場ではこれら苦悩に対応し、患者を全人的にとらえることが必要である<sup>18)</sup>。

実際の介入としては、本人の希望、実情に応じた有効なサポートシステムの構築がQOLの向上に寄与するので、まず本人の話をじっくりと聞いて、身体面、精神面、そして社会心理面でのアセスメントを十分に行うことが必要である。また、本人を取り巻く状況について、家族からも十分に話を聞いて問題点を抽出することが必要である。その上で、QOLの向上が期待できる事柄に対し、介入を行う<sup>19)</sup>。介入を単独で行うことは難しいので、多職種によるチームアプローチを用いて役割の分担を図ることが必要である。

また、一部のがん患者の不安・抑うつは長期的に認められることから、長期にわたってケアを提供できるようなシステムを確立しておくことが望ましい。

うつ病などの精神疾患が認められた場合は、専門的な治療が必要になるため、精神腫瘍科、精神科、心療内科などに常に相談、連携ができる体制を組んでおくことが必要である。

### 5. がん患者で頻度の多い精神疾患

#### 1) 適応障害

強い心理的ストレスにより、予想されるよりも強い不安や抑うつ反応を呈し、日常生活に支

障をきたす(家事が手につかない、眠れない、仕事の能率が下がる)ような病態である。

#### ① 頻度

調査方法および対象によって異なるが、1~3割の患者に認められる<sup>3,5,20)</sup>。

#### ② 原因

心理的ストレスに対する反応として生じる。がん医療では、告知、治療、再発などのできごと、また、治療経過中に生じる家庭、仕事、経済面での変化に伴うことが多い。

#### ③ 症状

精神症状として不安や抑うつ、身体症状としては不眠、食欲不振などが多い。

#### ④ 診断

治療中にストレスと思われる要素(転移、再発、社会生活上の問題など)が出現し、それに反応する形で不安、抑うつなどが生じ、日常生活上や職業上で支障をきたしているが、うつ病などの精神疾患の基準を満たさない場合に診断する。

#### ⑤ 鑑別診断

うつ病:不安、抑うつを呈する点ではうつ病と似ているが、うつ病の診断基準を満たさない。臨床的には適応障害と鑑別の難しいケースもある。

#### ⑥ 治療

適応障害の治療において特異的な治療法はなく、一般的に精神療法が行われている<sup>21)</sup>。

最も一般的に行われているのが支持的療法である。この治療は、患者が有している喪失感、生活・役割上の変化、将来の不安、恐怖感などに対して、医療者が傾聴し、批判的にならずに共感・支持・肯定し、現実的な範囲で保証を与え、患者が元来有している心理的に健康な部分を引き出すことが基本である。

薬物療法は、症状に応じて適宜行うが、精神療法と並行することで効果が期待できるものである。

#### 2) うつ病

うつ病は、①抑うつ気分、興味・意欲の低下、という症状を中心として、②精神症状および

表4 うつ病診断基準

精神症状	身体症状
1. 抑うつ気分*	5. 食欲低下
2. 興味・意欲の低下*	6. 全身倦怠感
3. 自責感	7. 制 止
4. 希死念慮	8. 不 眠
	9. 集中困難

\*1, 2のどちらかは診断に必須である。

上記9項目のうち、5項目以上が2週間以上存在する場合に診断する

③ 身体症状を呈する病態である(表4)。うつ病は表4に示したように、食欲不振、全身倦怠感をはじめ、様々な身体症状を呈する病態であることを覚えておきたい。

#### ① 有病率

がん患者におけるうつ病有病率調査によると、治療中6%、再発乳がん7%、終末期12%である<sup>3,5,20</sup>。

#### ② 危険因子

初期治療時の抑うつ、社会的な支援の不足、早期の再発、疼痛などが知られている<sup>20,22</sup>。

#### ③ 診 断

表4にうつ病診断基準を示した。診断基準9項目のうち、①抑うつ気分、②興味意欲の低下のどちらかは必須で、9項目中少なくとも5項目が2週間にわたって存在する場合に診断する。

#### ④ 診断における問題点

うつ病は様々な身体症状を呈し、診断基準(表4)にも全身倦怠感、食欲不振、不眠、制止などといった身体症状が含まれている。ところが、これら身体症状は病気の症状、治療の副作用でも現れる<sup>23</sup>。また、うつ病患者は、7割近くが身体症状を訴え、かつ1割の患者は精神科疾患を否定する<sup>24</sup>。患者、家族、医療スタッフもうつ病を「当然たどる経過」とみなし、治療に結びつかないと考えていることも多い<sup>25</sup>。また、がん医療に従事する医師・看護師による評価は客観的な重症度と一致することは低く、重症例ほど見落としが多い<sup>26,27</sup>。

#### ⑤ 治 療

薬物療法、精神療法が治療の中心となる。がん患者におけるうつ病の薬物療法は有効との報告もあるが<sup>28,29</sup>、エビデンスは多くないため、

一般のうつ病治療および他の身体疾患におけるうつ病治療に関する知見を組み合わせる。薬物投与時には、薬の副作用、薬物相互作用などに注意が必要である<sup>30</sup>。進行がん患者のうつ病薬物療法については治療アルゴリズムが作成されている(図1)<sup>31</sup>。

精神療法については、適応障害の項で述べた。その有効性については、進行がん患者の抑うつ状態で中等度の効果が示されている<sup>21</sup>。

#### 3) せん 妄

せん妄は意識レベルの低下を主症状とし、種々の精神症状を呈する症候群であるが、その本態は、様々な原因により脳の機能が低下した状態であり、合併症増加、長期入院、死亡率上昇等と関連している<sup>6</sup>。

#### ① 頻 度

せん妄は治療経過中のあらゆる場面でみられるが、進行・終末期において頻度が高く、緩和ケア病棟入院患者で28~44%、死亡直前には68~88%の患者にみられ、死が近づくにつれてその割合は上昇する<sup>3,5,6</sup>。

#### ② 臨床症状

意識障害が症状の中心で、意識レベルは明らかに低下している場合から、問診でようやくわかるものまで幅が広い。以上に加え、幻視、妄想、興奮などの精神症状を伴う。症状は変動性で、1日の中でもほぼ正常に見える時から、明らかなせん妄状態まで様々である。初期症状は不安、抑うつ、不機嫌、怒りなど、感情面での変化にみえることもある。

症状別の分類では、異常行動が明らかな過活動型、行動の異常が目立たない低活動型、両者

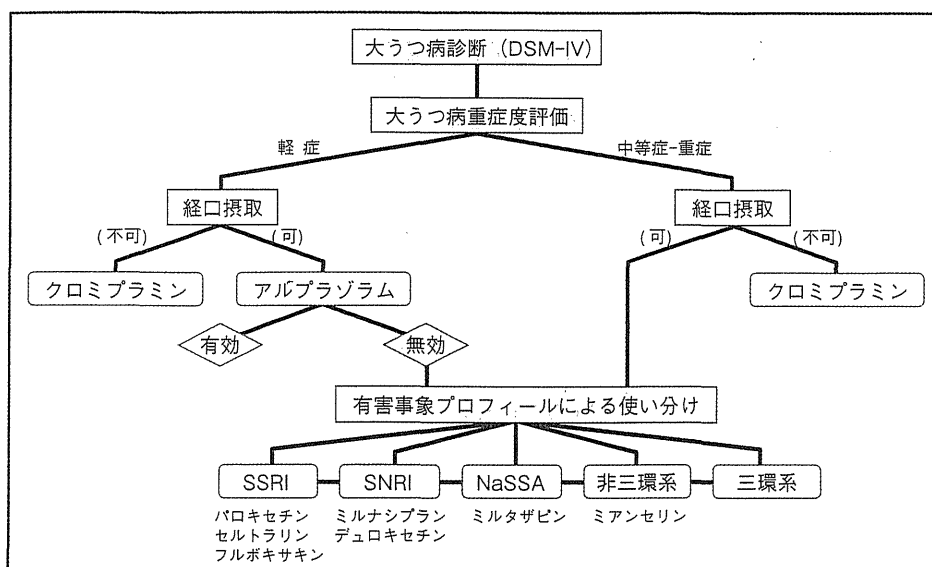


図1 進行がん患者におけるうつ病治療アルゴリズム (文献31より引用改変)

表5 せん妄の原因となる因子 (直接因子)

薬物性	オピオイド、ベンゾジアゼピン、ステロイド薬、抗コリン作用を有する薬物、多薬併用
代謝性	高カルシウム血症、低ナトリウム血症、低血糖、高血糖、脱水、肝不全、腎不全、ビタミンB <sub>1</sub> 欠乏症
脳障害	脳転移、がん性髄膜炎
呼吸器障害	低酸素脳症、CO <sub>2</sub> ナルコーシス
感染症	敗血症
その他	DIC

が混在している混合型などがある<sup>32)</sup>。

### ③ 原因

発症に関与する因子としては、患者個人の特性 (準備因子)、発症に直接かかわる因子 (直接因子) および、いったん発症したせん妄を遷延させる因子 (促進因子) に分類することができる<sup>33)</sup>。

準備因子としては、高齢、せん妄の既往、薬物依存・アルコール依存の既往、認知症、脳血管障害、がん以外の重篤な合併症などがある。

直接因子 (表5) は様々であるが<sup>36, 34-36)</sup>、通常、複数あることが多い<sup>6)</sup>。薬物は全体の20~40%を占め、原因として最も多い<sup>34, 37-39)</sup>。

促進因子としては、新しい環境、聴覚、視覚

の低下などがある<sup>40, 41)</sup>。

### ④ 検査

せん妄の原因を明らかにするため必要な診察と検査を表6に挙げた。

診察時は、精神状態だけでなくバイタルサインをはじめとした身体状況を把握し、血液・生化学検査、画像診断などを必要に応じて行う。また、投与薬物について、投与開始・増量時期とせん妄発症時期についての検討を行う。

### ⑤ 診断

診断はDSM-IV診断基準や、DRS (delirium rating scale)<sup>42)</sup>等を用いる。意識レベルの低下があり、種々の精神症状を呈している場合の診断はさほど困難でないが、活動性が乏しく、お

表6 せん妄の原因同定に必要な検査

現在の身体および精神状態の把握	バイタルサインのチェック 神経学的所見 精神状態の把握
病状変化の把握	せん妄出現までのADL 既往歴(身体疾患, 精神疾患, せん妄, 痴呆, アルコール依存) 個々の薬物投与開始時期および精神状態の時間的關係
危険因子の把握	年齢, せん妄の既往, 脳血管障害の既往, 頭蓋内病変, 認知症・ アルコール依存の既往 全身状態
検査(必要に応じて)	血液検査(赤血球数, 白血球数, Hb, Ht) 生化学検査(TP, Alb, T-Bil, D-Bil, BUN, Cr, Na, K, Ca, glu, GOT, GPT) 尿検査 心電図 胸部X線写真 動脈血酸素飽和度
個々の病状に応じて必要な検査	頭部CTまたはMRI 脳波検査 髄液採取 動脈血ガス分析 甲状腺ホルモン, Vit B <sub>1</sub>

注意: 上記検査は必須でなく, 患者の全身状態を考慮して行うべきである

となしい低活動型せん妄は見落としが多い<sup>33)</sup>。

#### ⑥ 治療方針

原因の同定と除去, 環境調整, および薬物療法が治療の柱である<sup>6,38)</sup>。原因は通常複数みられるため<sup>9)</sup>, それを念頭において検索を進める。

環境調整は, 慣れ親しんだものを持ち込む, 部屋を明るくする, 温度を下げるなどの感覚刺激による意識レベルの改善を目的としている。

薬物療法は, 抗精神病薬が第一選択である。代表的な薬物はハロペリドールで, 他にはリスペリドン, オランザピンが使用されている<sup>43,44)</sup>。薬物療法は, 患者の全身状態, 効果と副作用, および薬物相互作用などを考慮して行う。

#### 4) アカシジア

アカシジアは, 抗精神病薬, 抗うつ薬を投与後, 数日から数週間で生じる錐体外路性の副作用であるが, かなりの苦痛を伴う症状である。アカシジアは精神疾患ではないが, 苦痛を伴う症状であること, がん医療の現場では向精神薬を使用する頻度が高いので解説を行いたい。

#### ① 頻度

アカシジアは抗精神病薬投与患者の20~70%に生じる<sup>45)</sup>。がん患者での調査によれば, 化学療法中, 制吐薬としてメトクロプロミドまたはプロクロルペラジン服用した患者の50%に認められたという報告<sup>46)</sup>, がん専門病院における併診患者の精神科診断で頻度が高いという報告がある<sup>47)</sup>。

#### ② 症状

問診上, 意識は清明である。他覚的には落ち着きなく, 立つ, 座る, 歩き回るなどの行動が観察される。自覚症状として, 身体面ではムズムズして落ち着かない, 精神面ではイライラ感, 不眠などがある。多くの場合, プロクロルペラジン, ハロペリドール, リスペリドンなどの使用後数日から2週間以内に生じることが多い。

アカシジアは症状にパリエーションが多く, 見落としが多い<sup>45)</sup>。特に, 他覚的な動きの少ない場合, 非定型な症状の場合<sup>48,49)</sup>で見落としが多い。自覚症状としてのイライラ, 不眠, 他覚的にみられる落ち着きのなさを医療側が不安感

増強，精神症状悪化と捉え，原因薬物を増量して症状がさらに悪化することもあるので注意したい。

PSが3，4の患者でもアカシジヤは生じるので注意が必要である。PS4の患者に“静座不能症”の病名は間違いのもとである<sup>50</sup>。病名そのものを考え直すことが必要かもしれない。

## 6. がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

### 1) 家族の負担

がんという病気は，周囲の人々にも影響を及ぼすことが知られている<sup>51</sup>。

#### ① 社会・経済面での影響

家庭内に援助が必要な病人がいる場合，家族の20%は看病のために仕事を辞めるか，人生の方向転換をする状況になり，介護が“主たる職業”となる場合がある<sup>52</sup>。30%の家族では主な収入源を失ない，30%の家庭では貯蓄がほぼ底をつく。

#### ② 精神面への影響

家族のストレス度調査によれば，家族が呈する抑うつ程度はがん患者と同等といわれ，検査，診断，治療，再発の諸相で消退を繰り返しながら継続する<sup>53</sup>。患者の病状とは関係なく悪化する場合もある。家族の精神医学的な有病率は，およそ10～50%である<sup>54</sup>。

#### ③ 身体面での影響

身体状況に関する調査では，免疫能の低下<sup>55</sup>，慢性的睡眠障害<sup>56</sup>等が指摘されている。介護者自身もがん患者ということもある<sup>57</sup>。また，介護に負担を感じている配偶者は，介護の必要のない配偶者に比較して死亡率が高まる<sup>58</sup>。

#### ④ 第2の患者

このように，家族の負荷は身体面，精神面，社会面の様々な領域にわたるため，家族を「第2の患者」とみなし，治療およびケアの対象であるとの認識になりつつある<sup>59</sup>。

### 2) 家族に対する精神医学的介入

今まで述べてきたように，がん患者を介護す

る家族は「第2の患者」と呼ばれるような状態なため，介入は，身体面，精神面，社会面を含めたアプローチが必要となる<sup>60</sup>。患者家族のストレスには早期介入が有効であるとの報告があり<sup>51</sup>，その必要性を支持している。しかしながら，家族の苦悩はそれほど高くないと過小評価される傾向にある<sup>17</sup>。さらに，わが国における家族の精神科受診は全体の2～3%に過ぎない<sup>61,62</sup>。

## 7. 遺族に対する関与

### 1) 遺族の負担

死別は人生の中で最もストレスを与えるライフイベントの一つといわれている<sup>63</sup>。したがって，死別ストレスは，遺族の心と身体に影響を及ぼす。

### 2) 死別が遺族に及ぼす影響

#### ① 身体面への影響

死別が身体に及ぼす影響の調査によると，配偶者を亡くした55歳以上の男性では，配偶者のいる場合に比べ，死別後6カ月以内の死亡率が約40%上昇する<sup>64</sup>。この後の調査でも，死別早期における遺族死亡率は高い<sup>65-67</sup>。

死別後は新たな身体疾患への罹患の増加，すでに罹患している病気の悪化が指摘されており，心疾患，高血圧，食習慣の変化<sup>68</sup>，アルコール，タバコ消費量の増加などが多くの身体疾患の危険因子となっている<sup>69</sup>。しかし，医療機関を利用する機会は必ずしも増加しない<sup>68,70</sup>。

#### ② 精神面への影響

死別は精神面にも影響を及ぼす。高齢者のうつ病の原因として，死別が最も大きな要因である<sup>71</sup>。死別後のうつ病有病率は13カ月で16%，25カ月で14%と高い<sup>72</sup>。また，死別後1年内は，自殺の危険性が高い<sup>73</sup>。

#### ③ 社会生活面への影響

遺族の受ける社会的ストレスとして，家族成員間の問題，社会生活に関する困難，家庭生活に関する困難，生活環境の変化，不適切なサポート，経済的困難などがある<sup>74</sup>。

ニコル依存)  
関係

変，認知症・

a, K, Ca, glu,

与患者の20～  
調査によれば，  
プロプロミドま  
用した患者の  
がん専門病院  
頻度が高いと

覚的には落ち  
などの行動が  
体面ではムズ  
マイライラ感，  
ロクロールペラ  
ドンなどの使  
ことが多い。  
ヨンが多く，  
な動きの少な  
で見落としが  
，不眠，他覚  
療側が不安感

### 3) 遺族に対する精神医学的介入

#### ① 介入の概念と意義

死別のストレスに対して行われる介入は、概念的に「後治療」と呼ばれる<sup>75)</sup>。後治療は、遺族の後遺症をできるだけ少なくすることで、援助のない状態よりも生産的で、苦悩を少なくし、長く生きられることを目的としている。

#### ② アセスメント

遺族は精神面、身体面といった医学的な面での問題の他にも、社会・経済面などの問題も有しているため、多面的なアセスメントが必要である。

精神面では、うつ病の頻度が高いが、治療可能な病態であることから<sup>76)</sup>、早期発見が大切である。うつ病を見逃すと、死別とうつ病という2つの苦悩を遺族が背負うことになるので注意したい<sup>77, 78)</sup>。

身体面では、既存の病気の悪化、通院の継続に関する確認が必要である。

社会・経済面では、家族間および社会的な関係性、生活環境の変化、本人にとって適切なソーシャルサポートの有無などを確認する。また、失業、就業上の困難、金銭面での問題などの確認も必要である。

#### ③ 有害な援助

遺族は周囲の人から「見た目より元気」、「新しい人生に進まないでだめ」などと言われて嫌な思いをしていることがあるが、このことは、介入が時に逆効果になることを示している。このように、逆効果な介入は、専門職、非専門職のどちらも行っていることが知られている<sup>79)</sup>。アドバイスした側には特に悪意はないが、実際に遺族と接するとどのように対応してよいかわからずに不用意な発言につながってしまうことが多い。「こうするべきだ」などの指示、「あなたが頑張らないとだめ」などと回復を鼓舞すること、無礼な態度、「あなたの気持ちはわかります」と感情を理解したような表現は逆効果になることが多い。

遺族が安心できたと思える援助には、穏やかな態度でいること、死別の事実に関心をもって受け止めること、そばにいることなどがある。

#### おわりに

がん患者・家族・遺族が抱える精神的な問題と、その対処について述べた。皆様のお役に立てれば幸いである。

#### 文献

- 1) Massie M, Holland J: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. New York, Oxford University Press, 1989
- 2) Horowitz MJ: Phase oriented treatment of stress response syndromes. Am J Psychother 27 : 506-515, 1973
- 3) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249 : 751-757, 1983
- 4) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: Associated and predictive factors. J Clin Oncol 22 : 1957-1965, 2004
- 5) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients: A prospective study. Cancer 78 : 1131-1137, 1996
- 6) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 22 : 997-1006, 2001
- 7) Burgess C, Cornelius V, Love S, et al: Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. BMJ 330 : 702, 2005
- 8) 大西秀樹: がん患者の心を救う 精神腫瘍医の現場から。東京、河出書房新社, 2008
- 9) Cherny NI, Coyle N, Foley KM: Suffering in the advanced cancer patient: A definition and taxonomy. J Palliat Care 10 : 57-70, 1994
- 10) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A: The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses / caregivers, and their nurses. Psychosomatics 43 : 183-194, 2002 a
- 11) Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al: Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. J Pain Symptom Manage 12 : 300-307, 1996
- 12) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al:



Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356 : 1326-1327, 2000

- 13) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995
- 14) Breitbart W: Suicide in cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 1 : 49-55, 1987
- 15) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al: Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284 : 2907-2911, 2000
- 16) Akechi T, Okamura H, Nakano T, et al: Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology* 19 : 384-389, 2009
- 17) Lederberg M: The family of the cancer patient. (Holland J, ed: *Psycho-oncology*.) Oxford, Oxford University Press, 1998, 237-282
- 18) World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care. 2011
- 19) Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, et al: Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care* 19 : 736-745, 2009
- 20) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 21 : 69-77, 2003
- 21) Akechi T, Okuyama T, Onishi J, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2 : CD005537, 2008
- 22) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 61 : 131-137, 2000
- 23) Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, et al: Quality of life assessment in individuals with lung cancer: Testing the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). *Eur J Cancer* 29A Suppl 1 : S51-S58, 1993
- 24) Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341 : 1329-1335, 1999
- 25) Endicott J: Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 53 (Suppl 10) : 2243-2249, 1984
- 26) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al:

Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 : 1594-1600, 1998

- 27) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26 : 593-599, 1999
- 28) Pezzella G, Moslinger-Gehmayr R, Contu A: Treatment of depression in patients with breast cancer: A comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Res Treat* 70 : 1-10, 2001
- 29) Costa D, Mogos I, Toma T: Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 320 : 85-92, 1985
- 30) Jin Y, Desta Z, Stearns V, et al: CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 97 : 30-39, 2005
- 31) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al: Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 17 : 154-160, 2008
- 32) Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states). *JAMA* 258 : 1789-1792, 1987
- 33) Inouye SK, Charpentier PA: Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 275 : 852-857, 1996
- 34) Onishi H, Kawanishi C, Onose M, et al: Successful treatment of Wernicke encephalopathy in terminally ill cancer patients: Report of 3 cases and review of the literature. *Support Care Cancer* 12 : 604-608, 2004
- 35) Yae S, Okuno S, Onishi H, et al: Development of Wernicke encephalopathy in a terminally ill cancer patient consuming an adequate diet: A case report and review of the literature. *Palliat Support Care* 3 : 333-335, 2005
- 36) Onishi H, Sugimasa Y, Kawanishi C, et al: Wernicke encephalopathy presented in the form of postoperative delirium in a patient with hepatocellular carcinoma and liver cirrhosis: A case report and review of the literature. *Palliat Support Care* 3 : 337-340, 2005b
- 37) Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al: Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. *J Clin Oncol* 23 : 6712-6718, 2005
- 38) Meagher DJ: Delirium: Optimising management. *BMJ* 322 : 144-149, 2001
- 39) Tune L, Carr S, Hoag E: Anticholinergic ef-

- fects of drugs commonly prescribed for the elderly: Potential means for assessing risk of delirium. *Am J Psychiatry*, 149 : 1393-1394, 1992
- 40) Casarett DJ, Inouye SK: Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med* 135 : 32-40, 2001
  - 41) Caraceni A, Simonetti F: Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 10 : 164-172, 2009
  - 42) Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J: A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 23 : 89-97, 1988
  - 43) Breitbart W, Tremblay A, Gibson C: An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 43 : 175-182, 2002b
  - 44) Han CS, Kim YK: A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 45 : 297-301, 2004
  - 45) Hirose S: The causes of underdiagnosing akathisia. *Schizophr Bull* 29 : 547-558, 2003
  - 46) Fleishman SB, Lavin MR, Sattler M, et al: Antiemetic-induced akathisia in cancer patients receiving chemotherapy. *Am J Psychiatry* 151 : 763-765, 1994
  - 47) Kawanishi C, Onishi H, Kato D, et al: Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients. *Palliat Support Care* 5 : 351-354, 2007
  - 48) Sunakawa Y, Wada M, Nishida T, et al: A case of respiratory akathisia in a cancer patient: A case report. *Palliat Support Care* 6 : 79-81, 2008
  - 49) Onishi H, Yamamoto W, Wada M, et al: Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants: Case reports and review of the literature. *Palliat Support Care* 5 : 411-414, 2007
  - 50) Onishi H, Wada M, Wada T, et al: Diagnosis and treatment of akathisia in a cancer patient who cannot stand up or sit down, because of poor performance status: Factors that make the diagnosis of akathisia difficult, and diagnosis clues. *Palliat Support Care* 8 : 477-480, 2010
  - 51) Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G: A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 60 : 1-12, 2005
  - 52) Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, et al: The impact of serious illness on patients' families. *Support Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment.* *JAMA* 272 : 1839-1844, 1994
  - 53) Northouse LL, Mood D, Templin T, et al: Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med* 50 : 271-284, 2000
  - 54) Braun M, Mikulincer M, Rydall A, et al: Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *J Clin Oncol* 25 : 4829-4834, 2007
  - 55) Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Gravenstein S, et al: Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proc Natl Acad Sci USA* 93 : 3043-3047, 1996
  - 56) Carter PA: Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum* 29 : 1277-1283, 2002
  - 57) Onishi H, Onose M, Okuno S, et al: Spouse caregivers of terminally-ill cancer patients as cancer patients: A pilot study in a palliative care unit. *Palliat Support Care* 3 : 83-86, 2005a
  - 58) Schulz R, Beach SR: Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA* 282 : 2215-2219, 1999
  - 59) Lederberg M: The family of the cancer patient. Oxford, Oxford University Press, 1998a
  - 60) Engel GL: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196 : 129-136, 1977
  - 61) Akechi T, Akizuki N, Okamura M, et al: Psychological distress experienced by families of cancer patients: Preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Jpn J Clin Oncol* 36 : 329-332, 2006
  - 62) Asai M, Akechi T, Nakano T, et al: Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. *Palliat Support Care* 6 : 225-230, 2008
  - 63) Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11 : 213-218, 1967
  - 64) Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG: Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1 : 740-743, 1969
  - 65) Mellstrom D, Nilsson A, Oden A, et al: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 10 : 33-41, 1982
  - 66) Lichtenstein P, Gatz M, Berg S: A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med* 28 : 635-643, 1998
  - 67) Manor O, Eisenbach Z: Mortality after spousal loss: Are there socio-demographic differ-

or outcomes and  
272 : 1839-1844,

olin T, et al: Cou-  
to colon cancer.  
0

hall A, et al: Hid-  
use caregivers. J  
7

Gravenstein S, et  
immune response  
in older adults.  
3043-3047, 1996  
riptions of sleep  
ptoms. Oncol  
002

S, et al: Spouse  
ncer patients as  
y in a palliative  
Care 3 : 83-86,

ng as a risk fac-  
er health effects  
1999  
the cancer pa-  
ty Press, 1998a  
w medical mod-  
e. Science 196 :

ra M, et al: Psy-  
d by families of  
findings from  
Cancer Center  
329-332, 2006

et al: Psychiat-  
characteristics  
mbers referred  
vice at National  
an. Palliat Sup-

ocial Readjust-  
som Res 11 :

gerald RG: Bro-  
y of increased  
Med J 1 : 740-

A, et al: Mor-  
Sweden. Scand

: A twin study  
eavement. Psy-

lity after spou-  
graphic differ-

- ences? Soc Sci Med 56 : 405-413, 2003
- 68) Prigerson HG, Silverman GK, Jacobs SC, et al: Traumatic grief, disability, and the underutilization of health services: A preliminary examination. *Primary Psychiatry* 8 : 61-66, 2001
- 69) Grimby A, Johansson AK: Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows. *Am J Hosp Palliat Care* 26 : 8-12, 2009
- 70) Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, et al: Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 39 : 309-314, 1984
- 71) Cole MG, Dendukuri N: Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160 : 1147-1156, 2003
- 72) Zisook S, Shuchter SR: Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 148 : 1346-1352, 1991
- 73) Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, et al: Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age Ageing* 33 : 378-383, 2004

- 74) Dakof GA, Taylor SE: Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *J Pers Soc Psychol* 58 : 80-89, 1990
- 75) Schneidman E: Postvention and survivor-victim. New York, Jason Aronson, 1983
- 76) Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, et al: Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 156 : 202-208, 1999
- 77) Ishida M, Onishi H, Wada M, et al: Bereavement dream?: Successful antidepressant treatment for bereavement-related distressing dreams in patients with major depression. *Palliat Support Care* 8 : 95-98, 2010
- 78) Zisook S, Shear K: Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 8 : 67-74, 2009
- 79) Lehman D, JH E, CB W: Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *J Consult Clin Psychol* 54 : 438-446, 1986

※ ※ ※

## 「がん生存者」の心理・精神症状

—理解とその臨床的有用性—

大西 秀樹<sup>1)</sup> 石田 真弓<sup>1-3)</sup> 川田 聡<sup>1,4)</sup> 多田 幸雄<sup>1)</sup>

抄録：がん医療の進歩は長期生存を可能とし、わが国でも、毎年30万人のがん生存者が生まれている。しかしながら、がん罹患したことで、身体的、精神的な問題を抱えながら生活してゆく人も多い。がん生存者の多くはがんの治療が終了するか経過観察にとどまっていることが多いが、様々な治療を受けているので診断後から生じている精神面、身体面の影響が無視できず、また、初期治療終了後、何年か経過した段階で、がんの治療を受けたことによる別の問題が出現することもある。したがって、ケアもこれらの問題に焦点を当てて行うべきである。がん生存者の中には、病気になる前より精神状態が安定し、心的外傷後成長と呼ばれる状態をとることもある。年間30万人ずつ増加するがん生存者に関する知見がさらに進み、新しい治療方法の開発および、より良い生活を行えるような支援体制が組めるように社会が努力すべきである。 精神科治療学 26(8) : 1007-1011, 2011

Key words : cancer, survivor, psycho-oncology

## はじめに

がん医療の進歩は長期生存を可能とし、わが国でも、毎年30万人ものがん生存者が生まれている。しかしながら、がん罹患したことで、身体的、精神的な問題をはじめ様々な問題を抱えながら苦悩している人も多い。したがって、がん生存者の身体の状態、心理状態を知ることは今後のケアのあり方を知る上で重要である。ところが、が

ん生存者おける身体状況、心理状況に関する調査は遅れているのが現状である。さらに、治療経過は個人の受けた治療により様々なため個別的な要素も強い。

本稿では、がん生存者の現状について、現時点までに報告されているものを中心に解説し、今後のがん生存者に対するケアのあり方について述べてみたい。

Psychological and psychiatric symptoms of "cancer survivors"—Understanding and clinical usefulness—

<sup>1)</sup>埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科  
〔〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1〕

Hideki Onishi, M.D., Ph.D., Mayumi Ishida, C.P., M.A.,  
Satoshi Kawada, M.D., Yukio Tada, M.D.: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, 1397-1, Yamane, Hidaka-shi, Saitama, 350-1298 Japan.

<sup>2)</sup>早稲田大学大学院人間科学研究科/<sup>3)</sup>日本学術振興会特別研究員 DC

Mayumi Ishida, C.P., M.A.: <sup>2)</sup>Waseda University Graduate School of Human Sciences/<sup>3)</sup>Research Fellowship for Young Scientists-DC, Japan Society for the Promotion of Science.

<sup>4)</sup>三枚橋病院

Satoshi Kawada, M.D.: Sanmaibashi Hospital.