

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、サバイバーシップにおける再発不安、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がんができたり、いくつかの臓器に別々にが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、自分ががんの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、Cull¹⁵⁾、Watson¹⁶⁾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、Lerman¹⁷⁾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、Lerman¹⁸⁾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、Wagner¹⁹⁾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Botkin²¹⁾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)。

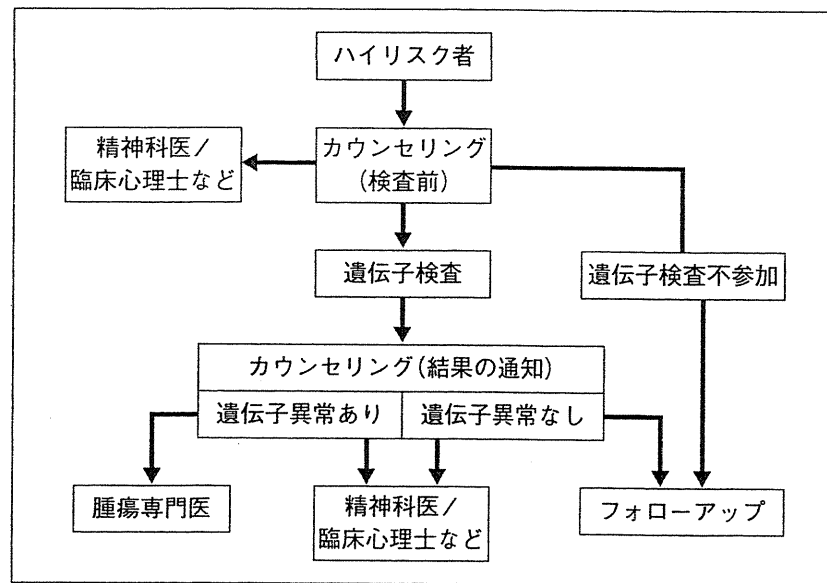


図1 遺伝カウンセリングと遺伝子検査におけるモデルプロトコール
(Botkin JR, et al²¹⁾)

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、家族性腫瘍をめぐる現状での問題点、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、サイコオンコロジスト、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お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)

精神腫瘍学

[編集] 内富庸介 小川朝生

医学書院

精 呈

精神腫瘍学

発行 2011年10月1日 第1版第1刷©

編者 うちとみふゆきけ 内富庸介・こがわあきと 小川朝生

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷 1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

印刷・製本 三報社印刷

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は(株)医学書院が保有します。

ISBN978-4-260-01379-6

本書を無断で複製する行為(複写、スキャン、デジタルデータ化など)は、「私的使用のための複製」など著作権法上の認められた例外を除き禁じられています。大学、病院、診療所、企業などにおいて、業務上使用する目的(診療、研究活動を含む)で上記の行為を行うことは、その使用範囲が内部的であっても、私的使用には該当せず、違法です。また私的使用に該当する場合であっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

1

コンサルテーションと アセスメント

I コンサルテーションの基本

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

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

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

1. コンサルテーションとは

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

とくに精神腫瘍学や緩和医療の領域において意識しなければならない点は、

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

点である(図1)。

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

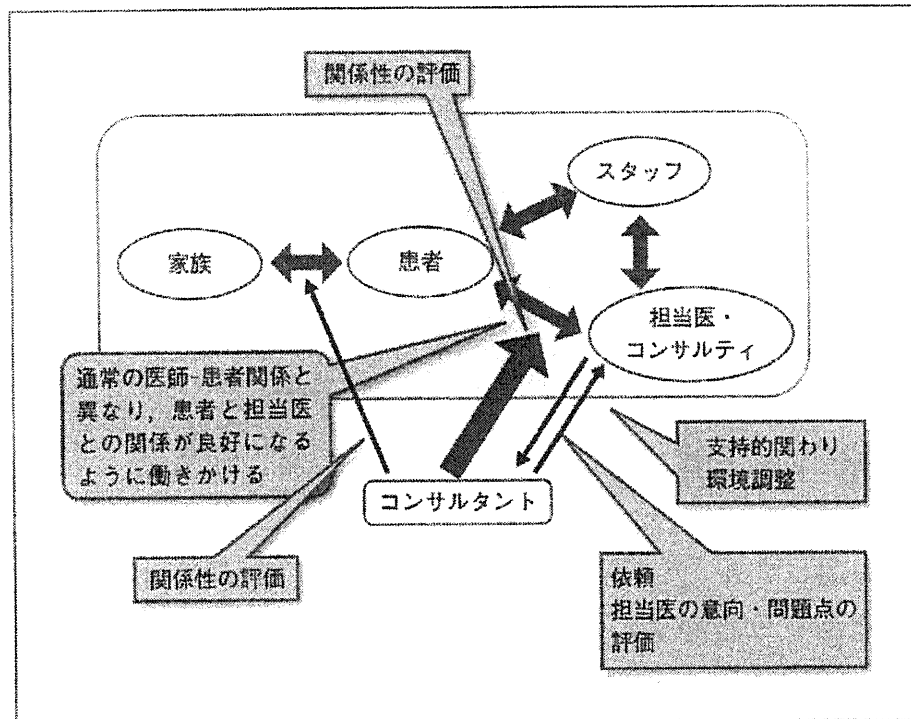


図1 コンサルテーションにおけるコンサルタントの関わり

2. がん医療において望まれるコンサルテーション活動とは

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

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

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

3. 精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意をしたいこと

依頼を受けてから診察までに

1) 依頼に至った背景を直接担当医や病棟スタッフから聞き、ニーズを把握する

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

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

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

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

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

2) 経過をまとめる

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

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

まとめる時のポイント

基本的な情報

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

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

手術

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

化学療法

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

放射線療法

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

second line 治療への移行

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

積極的抗がん治療の中止

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

在宅療養への移行

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

3) 投薬内容を確認する

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

特に注意すべき薬剤を以下にまとめる。

①オピオイド

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

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

②ステロイド

ステロイドが投薬されている場合には、使用目的が何かを確認する。

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

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

③制吐剤

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

4) 家族歴・地域の状況を確認する

通常の家族歴に加えて、

①家族のがんの罹患の有無

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

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

5) 病床を訪れるにあたり

基本的なマナーではあるが、以下の項目にはとくに注意を払いたい。

①ベッドサイドに座り時間をかけて対応する姿勢を示す。

②視線の高さを患者に揃えて、決して見下ろすような体制は避ける。

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

6) 挨拶をする、インタビュー・診察を進める

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

インタビューへの導入

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

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

①病気や予後についてのとらえ方に注意する。

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

②患者が直面している人生・生活の苦しみについて理解をあらわす。

がんが家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについて尋ねる。

患者の誇りに思っていることを尋ねる。

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

④診察の最後には患者に具体的な情報や対応、今後の予定を伝える。

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

7) 身体症状に注意をする

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

• 横断麻痺

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

• 呼吸抑制

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

• 上大静脈症候群

8) カルテへの記載

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

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

記載にあたってのポイント

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

9) 直接依頼元の担当医に返事をする

上記の内容を返信に残すだけでなく直接担当医と話す。

- 選択肢をいくつか用意する。

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

- 自分の主張に固執しない。

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

10) 定期的なフォローアップを行う

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

Ⅱ 精神腫瘍学における初期アセスメントの方法；包括的アセスメント

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

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

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