

- The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. J. Pain Symptom Manage. 2013 (Epub ahead of print).
2. Yajima R, Ise Y, Wako T, Katayama S, Kizu J. A retrospective review of the risk factors for infection in cancer patients receiving specialist palliative care. J. Nippon Med. Sch. 2013 80(6):481-485.
 3. 伊勢雄也, 森田達也, 片山志郎, 木澤義之. がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響. 日本緩和医療薬学雑誌. 2013 6(4):87-90.
- H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得
「なし。」
 2. 実用新案登録
「なし。」
 3. その他
「特記すべきことなし。」

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
木澤義之, 森田達也, 新城拓也, 梅田恵, 久原幸.	3ステップ実践緩和ケア.	木澤義之, 森田達也, 新城拓也, 梅田恵, 久原幸.	3ステップ実践緩和ケア	青海社	東京	2013	156-7
小川朝生	癌患者の心理的反応・サイコオンコロジー	小川修、岡田裕作、荒井陽一、寺地敏郎、松田公志、笥善行、羽瀧友則	ベッドサイド泌尿器科学改定第4版	南江堂	東京	2013	617-20
小川朝生	意識障害（せん妄）	日本緩和医療薬学会	緩和医療薬学	南江堂	東京	2013	80-1
小川朝生	がん領域における抑うつ	村松公美子、伊藤弘人	身体疾患患者の精神的支援ストラテジー	NOVA出版	東京	2013	23-7
小川朝生	入院患者の不眠に注意	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	27-32
小川朝生	せん妄を発症する疑いがある場合	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	156-7
小川朝生	せん妄になってしまった場合	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	158-60

雑誌（外国語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakazawa K, Kizawa Y, et., al..	Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey.	Am J Hosp Palliat Care	Epub ahead of print		2013
Ise Y, Morita T, Katayama S, Kizawa Y.	The Activity of Palliative Care Team Pharmacists in Designated Cancer Hospitals: A Nationwide Survey in Japan.	J Pain Symptom Manage. 2013.	Epub ahead of print		2013
Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S.	Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer.	Am J Hosp Palliat Care.	30(6)	552-5	2013
Maeda I, Tsuneto S, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Motoyama	Progressive Development and Enhancement of Palliative Care Services in Japan: Nationwide	J Pain Symptom Manage.	Epub ahead of		2014

M, Kosako F, Hama Y, Kizawa Y, Sasahara T, Eguchi K.	Surveys of Designated Cancer Care Hospitals for Three Consecutive Years.		print		
Nakazawa Y, Kizawa Y, Hashizume T, Morita T, Sasahara T, Miyashita M.	One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams.	Jpn J Clin Oncol.	Epub ahead of print		2013
Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Sakamoto N, Kizawa Y.	Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument.	Palliat Support Care.	Oct 21	1-5	2013
Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T.	The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians.	J Palliat Med.	16(11)	1423-8.	2013
Hamano J, Kizawa Y, Maeno T, Nagaoka H, Shima Y, Maeno T.	Prospective Clarification of the Utility of the Palliative Prognostic Index for Patients With Advanced Cancer in the Home Care Setting.	Am J Hosp Palliat Care.	Epub ahead of print		2013
Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K.	Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study.	Lancet Oncol.	14(7)	638-46	2013
Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y.	Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care.	Jpn J Clin Oncol.	43(3)	286-93	2013
Morita T, Kizawa Y.	Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system.	Curr Opin Support Palliat Care	7(2)	207-15	2013
Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T.	Usefulness of Palliative Prognostic Index for patient with advanced cancer in home care setting.	Am J Hosp Palliat Care	30(3)	264-7	2013
Sasahara T, Watakabe A, Aruga E, Fujimoto K, Higashi K, Hisahara K, Hori N, Ikenaga M, Izawa T, Kanaï Y, Kinoshita H, Kobayakawa M, Kobayashi K, Kohara H, Namba M, Nozaki-Taguchi N, Osaka I, Saito M, Sekine R, Shinjo T, Suga A, Tokuno Y, Yamamoto R, Yomiya K, Morita T.	Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care teams using a standard format: A multicenter 1000 case description.	J Pain Symptom Manage.	Aug 21.	[Epub ahead of print]	2013
Kondo K, <u>Ogawa A</u> , et al	Characteristics associated with empathic behavior in Japanese	Patient Educ Couns	93(2)	350-3	2013

	oncologists.				
Asai M, <u>Ogawa A</u> , et al	Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients.	Psychooncology	22(5)	995-1001	2013
Nakajima K, <u>Iwamitsu Y</u> , Matsubara M, Oba A, Hirai K, <u>Morita T</u> , <u>Kizawa Y</u> .	Psychologists in cancer palliative care in Japan: a nationwide survey.	Palliative and Supportive Care			in press
Yajima R, <u>Ise Y</u> , Wako T, Katayama S, Kizu J.	A retrospective review of the risk factors for infection in cancer patients receiving specialist palliative care.	J. Nippon Med. Sch.	80(6)	481-485	2013

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>小川朝生</u>	がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割	PSYCHIATRIST	18	54-61	2013
<u>小川朝生</u>	一般病棟における精神的ケアの現状	看護技術	59(5)	422-6	2013
<u>小川朝生</u>	せん妄の予防-BPSDに対する薬物療法と非薬物療法-	緩和ケア	23(3)	196-9	2013
<u>小川朝生</u>	高齢がん患者のこころのケア	精神科	23(3)	283-7	2013
<u>小川朝生</u>	がん患者の終末期のせん妄	精神科治療学	28(9)	1157-62	2013
<u>小川朝生</u>	がん領域における精神心理的ケアの連携	日本社会精神医学会雑誌	22(2)	123-30	2013
永山 淳	8. 安定期の子どもと家族を支える ⑧さまざまな症状のコントロール	前田浩利実践!!小児在宅医療ナビ		南山堂.	東京
多田羅竜平	小児緩和ケアのこれから	保健の科学	55(6)	93-398	2013
多田羅竜平	英国の小児在宅ケア	小児内科	45(7)	1219-1222	2013
多田羅竜平	小児がんの緩和ケア	日本小児血液・がん学会雑誌	50(3)	433-441	2013
多田羅竜平	小児緩和ケアチームにおける多職種協働の在り方.	看護管理	24(1)	70-77	2014
<u>坂下明大</u>	【緩和ケア特集 緩和ケアのアセスメント】 呼吸困難による苦痛に対するアセスメントの進めかた	プロフェッショナルがんナースング	3(4)	394-401	2013
<u>岩満優美</u>	特集 最後までよい人生を支えるには. 第5章多職種で終末期を支えるには一臨床心理士.	内科	112(6)	1256-9	2013

山田祐司，平方眞，轟慶子，岡崎賀美，石黒理加，延藤麻子，松原芽衣，小坂麻利，羽田かおり，岩満優美.	緩和ケア病棟入院前後に患者・家族がもつ情報の程度や理解状況一看護師による評価から.	Palliat Care Res.	8(2)	361-70	2013
伊勢雄也，森田達也，片山志郎，木澤義之.	がん診療拠点病院の施設背景が緩和ケア診療加算件数に及ぼす影響.	日本緩和医療薬学雑誌.	6(4)	87-90	2013

201314032A (別冊)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

平成 25 年度 総括・分担報告書 (別冊)

研究代表者 木澤 義之

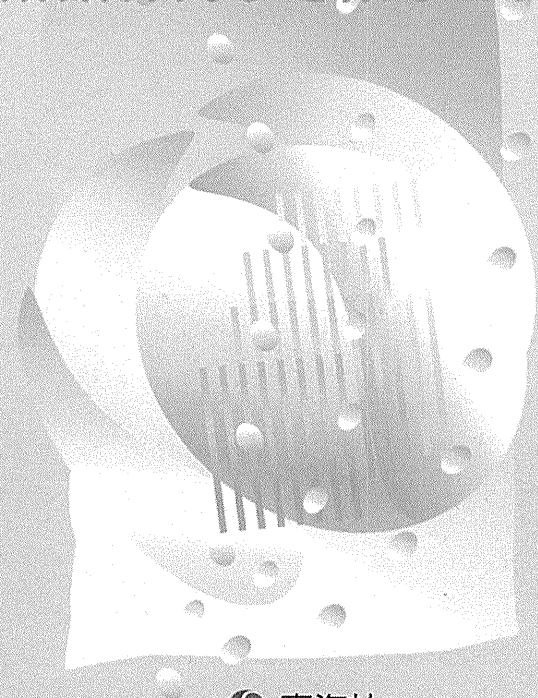
平成 26 (2014) 年 3 月

IV. 研究成果刊行物・別刷

スリー
3ステップ
実践緩和ケア

木澤 義之・森田 達也・新城 拓也
梅田 恵・久原 幸
編集

*Three-step Approach
in Palliative Care Practice*



 青海社

HP「わたしのカルテ」

- ## ● 内容



名 前	[よみがな]		
住 所	〔〒 ー ー ー 〕 電話番号〔 ー ー ー 〕		
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日	血液型	
病 名			
これまでの 病気の経過			
アレルギー のある薬			
かかっている 医 療 費	診療所医師 名前 〇〇 所 長 医師 診療 名前 〇〇 病院看護婦 病院 名前 〇〇 訪問看護婦 名前 〇〇 ケアマネジャー 名前 〇〇 [] 名前 〇〇		
緊急時の 連絡先	連絡する人の名前 電話番号〔自宅〕 (本人との関係) 連絡する人の名前 電話番号〔自宅〕 (本人との関係)	(本人との関係) (携帯電話) (本人との関係) (携帯電話)	
病歴・治療の経緯 を述べてほしい人			

- ②かかっている医療者を記入する

- わたしが大切にしていること

- 私は治療を受ける上で

自宋亡後養子為 (8/10)

↑お考えが変わったら二重線で消してください



ということを大切にしています

たとえば、以下のようなことをお伝えください

Q: 病名・症状・治療方針について、どのように説明してもらいたいですか？

☐ 興味的にはっきり説明してほしい
 ☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない
 ☐ 知りたくない
 ☐ 今は決められない

Q: もし病状が悪化したら、どこで療養したいですか？

往診などで
自宅療養がしたい

入院したい

なるべく自宅で療養して
必要があれば入院したい

Q: 万が一、心肺停止が起きた場合、心臓マッサージや人工呼吸を希望しますか？

希望する			希望しない			今は決められない		
------	--	--	-------	--	--	----------	--	--

B. 癌患者の心理的反応・サイコオンコロジー

2007年4月に「がん対策基本法」が施行された。この基本法に則り、「がん対策推進基本計画」が策定され、各地域において癌医療の推進と均てん化が進められている。この「基本計画」において、「患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」が2大目標のひとつとして掲げられ、精神的苦痛に対する取り組みの必要性が強調されている。元来、癌医療の現場では、病名告知や予後告知など「悪い知らせ」を伝えるときの問題が取り上げられ、治療をめぐる患者の精神的問題に対するアプローチの必要性が指摘されてきた。このような癌医療に関連するところの問題や精神症状に対応する分野である精神腫瘍学(サイコオンコロジー psycho-oncology)の重要性も次第に認知されてきている。

① 癌患者と心理・社会的問題

癌患者とその家族はさまざまな精神的、心理・社会的問題を抱えている。実際癌患者の20～40%に重度の心理・社会的問題が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たないとの報告がある¹⁾。適切な提供がなされていない背景には、「精神的」や「心理的」、「感情の問題」といった言葉にはステイグマ、負のイメージがついてまわり、患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察のなかで医師が患者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されている。その反省を受けて、癌の臨床をとらえなおし、患者を全人的にとらえるために、biological, psychological, socialと多層的な視点からアプローチを試みる分野がサイコオンコロジーである。

臨床においては、サイコオンコロジーは、生命を危機に陥れる「癌」という疾患に罹患し、その診断・告知を受けるときから治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・サポートすることを実践している。一方、研究の面では「癌が患者や家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、QOL向上を目指した介入方法を開発する」とこと、「癌の罹患や生存に関与する心理・社会・行動学的因子を明らかにし、適切な介入法を開発する」ことを目指している。

これらの臨床・研究の成果をふまえ、癌に関連する心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標として、米国のNCCN(National Comprehensive Cancer Network)は心理・社会的問題を「Distress(つらさ)」として包括し、評価と治療のガイド

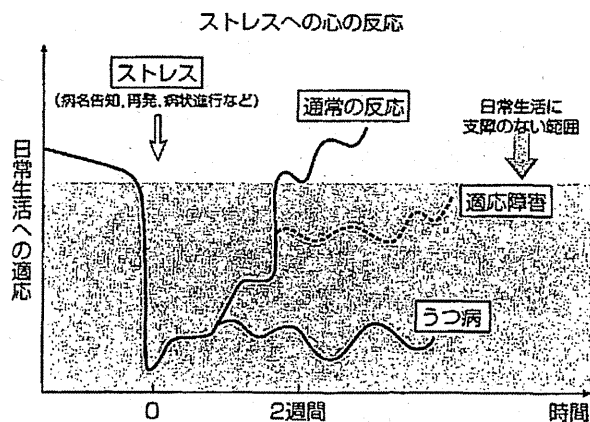


図1 癌に対するところの反応

ラインを作成している。

② 癌に対する反応(通常反応)

癌に罹患することは、生命存続の危機的な状況であり、破局的なストレスをもたらす。

癌患者は、自覚症状や癌を疑う検査の段階から強いストレスにさらされる。次に病名告知や治療の導入など一連の負荷が続く。これらのストレスに対する患者の情緒的な反応は、3つの段階に分けて考えることができる。この3つの段階は、①初期反応、②不安・抑うつ、③適応である。一般的に、癌であることを告げられたり、再発の告知を受けた患者は強い衝撃を受け、「頭が真っ白になった」「何を言われているのかわからなくなった」と語られるような体験をする。その後、「もう何をしても無駄だ、治療をしても意味がない」と絶望感を感じ、不安や抑うつ、恐怖、無力感を感じる。それとともに、不眠や食欲不振などの身体症状も出現する。その後、約1、2週の間この混乱や不安は収束し、次第に現実の生活に適応していく。一般的な癌に対するところの反応を模式化したものを図1に示す。

このような適応を経ることで、患者は疾病や治療に関連する情報を整理し、現実の問題に取り組むことができるようになる。

③ 癌患者への支援

㊦「悪い知らせ」を伝えるコミュニケーション

癌医療においては、癌の告知に始まり、治療方針の選択や再発の告知、積極的な抗癌治療の中止など生命や生活に直結する重要な場面がある。各々の場面において、患者-医師間の円滑な意思疎通を図り、感情に配慮した情報の交換を行うことが必要になる。このような癌の診断告知や治療の中止の決定などはBad news(悪い知らせ)

せ)と呼ばれ、「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されている。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常な心理的苦痛を伴う。たとえば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後1ヵ月に限ると、健常人と比べて10倍にものぼる²⁾。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり患者の認識に配慮した適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である³⁾。

このような場面で効果的なコミュニケーションを図るためのスキルは単に臨床経験を重ねるだけでは向上しない。コミュニケーションスキルは教育によって向上することが示されており、癌医療に携わる医療者のコミュニケーションスキルへの教育プログラムが望まれるようになった。欧米においては、癌専門医を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが開発され、ロールプレイを中心に共感的な対応を含めたスキルの習得を目指して実施されている。

効果的なコミュニケーションを図るためには、患者の意向を十分に検討する必要がある。またコミュニケーションに対する意向には文化差がある。わが国の癌患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを面接調査にて検討されている。その結果、患者の意向として「Supportive environment(支持的な場の設定)」「How to deliver the bad news(悪い知らせの伝え方)」「Additional information(付加的情報)」「Reassurance and Emotional support(安心感と情緒的サポート)」の4つのカテゴリーが抽出された⁴⁾。このように明らかになった意向をもとに、わが国の臨床にそったコミュニケーション・スキル・トレーニング SHARE プログラムを開発し、癌専門医を対象に研修プログラムが実施されている。

⑥ 精神症状への対応

1) 抑うつ状態

抗癌治療全般を通して、さまざまな精神症状が出現する。癌患者のおよそ30～40%に何らかの精神医学的問題が認められる。特に頻度の高い疾患は、せん妄と大うつ病、適応障害である⁵⁾。抑うつ状態は癌種にかかわらずあらゆる時期に出現する。わが国の有病率調査では、大うつ病は5～15%で、適応障害が4～35%であった。癌医療において抑うつ状態の診断・治療の重要性が繰り返し指摘される背景には、いくつかの原因があげられる。

①抑うつが状態一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

癌患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつ状態に伴う身体症状を癌に付随する症

状や治療に伴う有害事象としてとらえてしまい、抑うつ状態が見落とされることが知られている。また、抑うつ状態は喪失体験に伴う心理的反応に伴って出現することが多い。そのため、「喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の知識不足による過小評価、医療者が精神症状の評価をためらうことにより、抑うつ状態が見落とされ、誤った診断・対応をされがちである。

②QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQOLの低下を招くと同時に、無価値感や自責念慮により積極的抗癌治療を拒否することを通して、身体治療にも影響する。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。これらの多方面にわたる影響は適切な治療により対応可能である。

③器質的な原因が重畳すること

癌患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連に注意が向きがちであるが、同時に原疾患による脳転移やparaneoplastic syndrome、高カルシウム血症、医原的な要因の強い薬剤性(ステロイドやインターフェロン、抗癌剤、降圧薬)や全脳照射も抑うつ状態を引き起こす。抑うつ状態を評価するときには、治療内容の変化との時間関係、治療効果、今後の治療計画を総合的に評価することが必要である。

④疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されている。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念慮を生じうる。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要である。

⑤自殺

癌患者の自殺率は一般人口に比べて約1.8倍、告知後1ヵ月では10倍高いとの報告がある²⁾。癌患者が訴える自殺企図や希死念慮の背景には、抑うつ状態や疼痛、貧弱なソーシャルサポートがあることが指摘されている。特に絶望感は抑うつ状態とは独立した要因となる。自殺を予防するために、精神症状緩和をはじめ身体症状緩和、ソーシャルサポートの構築など包括的な支援が必要である。

⑥高齢癌患者の抑うつ状態

加齢は発癌のリスクであると同時に、うつ病や自殺のリスク因子でもある。高齢者の抑うつ状態は、若年者と異なり抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味の喪失や認知機能の低下(記憶力の低下、集中困難)。

身体不定愁訴を訴えることが多い。高齢者の場合、身体症状の評価においては、常に背景に抑うつ状態があることを意識した評価が重要である。

2) スクリーニング

前述したように臨床的な問題として、主治医や看護師など多忙なプライマリチームは抑うつ状態を見落としがちであることから、癌患者に対して精神症状のスクリーニングを一律に実施することが海外では実施されている。

癌患者は身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮した簡便なスクリーニングが望ましい。患者の負担を軽減するために、VAS(visual analog scale)や、つらさと支障の寒暖計(図2)が用いられる。

3) 抑うつ状態への対応

抑うつ状態への治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法を組み合わせで行う。医療スタッフからの心理的な支援が、癌患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護師を交えたチームとして患者を支える体制を構築することもサイコオンコロジーの役割である。

うつ病に関しては、無作為化比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が支持されている。しかし抗うつ薬は多様であり、実際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価した上で副作用管理も踏まえた選択を行う必要がある。予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もあるが、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない治療計画をたてる。

うつ病は身体症状も随伴する。特に疼痛はうつ病の身体症状のひとつでもあり、疼痛とうつ病の重症度(特に希死念慮)との間には相関関係がある。癌患者のうつ病を評価する場合には同時に疼痛の重症度評価を行うことが推奨されている。疼痛をはじめとする身体症状緩和を図るためにも、主治医、緩和ケア医とともに精神腫瘍医による包括的な評価が重要である。

4) 緩和ケアチーム

わが国においては、2002年より常勤の身体症状緩和医師と常勤の精神科医師、専従看護師、(2008年度からは専任薬剤師も追加)で構成する緩和ケアチームが制度化された。癌診療連携拠点病院においては、緩和ケアチームを設置することが義務づけられるようになっている。緩和ケアチームは主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて、入院患者の包括的支援(身体症状や精神症状(うつ病、適応障害、せん妄)、ケアのコーディネート、家族支援)を行う多職種チームである。緩和ケアチームはプライマリチームを支援する役割を担うが、プ

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけて下さい。

②その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか?

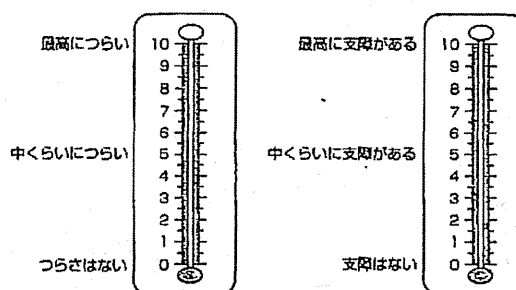


図2 つらさと支障の寒暖計

ライマリチームの意向を尊重しつつ、多職種によるチームを構築することも精神腫瘍医の役割である。

◎ 今後の課題

現在の癌臨床において最も問題となっているのは、多忙な臨床現場において有効な精神症状緩和を図るためのシステムを構築することである。英国の厚生労働省にあたる NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)は、「緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへのアクセスが不十分である」との反省にたち、精神症状緩和を介入レベルに従って分類し、プライマリチームから専門家の介入まで4段階を設定した⁶⁾。日本においても、人材の育成を含め、サイコオンコロジーのより一層の普及・啓発が望まれる。

4 泌尿器科腫瘍領域における精神腫瘍学的な特徴

① 前立腺癌

前立腺癌は、スクリーニング方法が進展してきたことにつれて、非致死性腫瘍の診断数が増加している。そのため、高齢や合併症のある無症候性前立腺癌の場合には、すぐに積極的な治療を開始せず、慎重に観察することが推奨されている。しかし、診断を受けて「何もしない」ことに約30%の患者が不安を自覚しており、不眠やパニック発作を生じる場合には、薬物療法を含めた専門的対応が必要となる。

また、ホルモン療法を受けている患者では、ホットフラッシュ、抑うつ状態などの男性の更年期様症状が生じる。特にうつ病の既往のある場合は、抑うつ状態発症のリスク因子であり、治療にあたっては、慎重な精神症状評価が重要である。ホルモン療法には、女性化乳房などボディイメージの変化や性欲の減退など独特の有害事象があり、QOLが低下しやすい。

心理・社会的問題に関しては、前立腺癌患者に加えてその配偶者も疾患への適応の問題を抱えていることが報告されている。患者のQOLを最も左右するのは、患者と配偶者間の満足度であるとの意見もあり、配偶者も含めたケアを意識しなければならない。前立腺癌患者の配偶者に対する心理教育を中心とした介入法も検討されている。

⑥ 精巣腫瘍

精巣腫瘍は、若年男性の罹患が多いこともあり、性機能を含めた長期的な心理・社会的フォローアップが必要な疾患である。治療の初期は、片側精巣摘除術に伴う外見の変化への適応の問題があるが、続いて実施される化学療法による慢性有害事象への適応がしばしば取り上げられている。成人男性において最も性活動が高まる時期に生殖器の癌に罹患する衝撃は非常に大きい。患者の抱えやすい不安は、①性に関する不安、②性機能障害に関する不安、③結婚に関する不安があげられる。

⑦ 膀胱癌

回腸ストーマに関連する臭気やもれ、性交の障害になることから社会復帰への抵抗が増す場合がある。ストーマを増設することへの適応は女性ほうが概して良いといわれる。

⑧ 腎 癌

腎癌の治療は原則として外科手術であるが、初診時に転移を認めることが多く、予後が悪いことから、抑うつ

症状の問題が多い。また、インターフェロンやIL-2による治療に関連して薬剤誘発性うつ病が問題になる。

おわりに

精神腫瘍学(サイコオンコロジー)の紹介から癌患者に多く認められる精神症状、泌尿器科腫瘍学との関連について概説した。精神症状は高頻度に出現するにも関わらず、見落とされがちな症状が多い。多忙な臨床においては、多職種によるチームでのフォローが有効であり、ぜひ緩和ケアチームや精神腫瘍医のコンサルテーションを積極的に活用してほしい。

文 献

- 1) Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD et al : Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 104 : 2872-2881, 2005
- 2) Fang F, Fall K, Mittleman MA et al : Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 366 : 1310-1318, 2012
- 3) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al : Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347 : 724-728, 1996
- 4) Fujimori M, Parker PA, Akechi T et al : Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16 : 617-625, 2007
- 5) Derogatis LR : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983
- 6) National Institute for Clinical Excellence : Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (<http://www.nice.org.uk>)

B1 病態生理

意識障害 (せん妄)

a) 臨床症状と病態生理

せん妄は、身体疾患に起因する脳機能障害を背景として、多彩な精神症状を呈する症候群である。悪性腫瘍の治療の初期から終末期まで治療のあらゆる段階で認められる。せん妄は、精神症状自体の苦痛に加え、周囲とのコミュニケーションを阻害する要因となり、患者のみならず家族、医療スタッフに強い負担と苦痛を強いる。せん妄の出現は、症状緩和に難渋する疼痛の背景因子となる。せん妄に適切に対応することは、患者の意向に沿った治療を提供するためにも重要である¹⁾。

i) 臨床症状

数時間から数日の前駆状態を経て発症する。典型的には、睡眠覚醒リズムの障害(昼夜の逆転)、注意力障害(まとまりのない会話やつじつまの合わない行動)を中心に、不安・焦燥感、精神運動興奮、様々な情動変化(怒り、多幸感、無欲、無関心)、幻覚・妄想(通常は幻視が一般的で、注意力障害からの錯覚と混在する)を伴う。症状には日内変動があり、夕方から夜間にかけて増悪する周期性を持つのが一般的である。

ii) 病態生理

主な病態としてコリン系の神経伝達障害が想定されている²⁾。想定される背景には、抗コリン作用を持つ薬剤により高頻度にせん妄が誘発される臨床経験があること、せん妄患者の血中抗コリン活性の上昇が報告されたり、physostigmineなどのコリンエステラーゼ阻害薬を用いることでせん妄からのリバースに成功したとの報告がある。コリン系以外にも、ドパミン系とコリン系との不均衡やγ-アミノ酪酸(GABA)系の伝達障害(特に肝性脳症などの代謝性障害やアルコール離脱せん妄において)、セロトニン系の伝達障害も治療薬の作用機序から病態に絡むことが想定されている。

iii) せん妄の原因

せん妄の治療や見通しを評価するためにも、せん妄の原因を詳細に検討することは重要である。一般に術後せん妄など治療による侵襲が明らかな場合には単一要因が多いが、通常認められる進行がん患者のせん妄は多要因が絡むことが一般的である。特に疼痛治療にオピオイドが頻用される時期では、薬剤性のせん妄の

比率が上がる³⁾。

b) 第一選択となりうる薬剤

大半の症例では、薬物療法が必要となる。薬物療法は高力価の抗精神病薬がスタンダードであり、定型抗精神病薬(ハロペリドール)と非定型抗精神病薬(リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール)が用いられる。せん妄は興奮を伴うことから、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬剤や抗ヒスタミン薬が処方されがちであるが、抗不安薬や抗ヒスタミン薬はせん妄を悪化させる危険が高い。そのため単独使用は避ける。

ハロペリドールは抗幻覚・妄想作用が強いこと、循環器への影響が少ないこと、錠剤のほかに注射製剤があり投与経路の自由度が高いといった特徴を持つ。しかし、錐体外路症状の発現頻度が定型抗精神病薬で約10%と高いことから、パーキンソン症状のリスクを避ける意味で、内服可能であれば非定型抗精神病薬を用いることが多い。がん終末期においては、経口投薬が難しい場面も多いことから、剤型の豊富な数少ない薬剤としてハロペリドールは頻用されている。

抗精神病薬はせん妄に対する有効性はどの薬剤でもほぼ同等である。薬剤を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロフィール、作用時間を考慮して決定する。

用量に関してはどの薬剤も過量に使えば過鎮静を生じる可能性があるため、最小量から滴定法を用いて漸増する。特にハロペリドールの注射製剤の場合、1Aが5mgと大きい規格であること、血中濃度の半減期が短いことから、投薬を繰り返すうちに過量投与に陥りがちであるので注意をする。

c) 注意すべき副作用

定型抗精神病薬、非定型抗精神病薬を問わず、錐体外路症状[パーキンソン症候群、アカシジア(静坐不能)、急性ジストニア]の出現には注意をする。特に、定型抗精神病薬で高力価のハロペリドールでは1週間以上使用し続けると約10%にパーキンソン症候群が出現する。パーキンソン症候群は、左右対称に筋強剛が出現し寡動を呈する。誤嚥や転倒・転落を招くため注意をして観察し、出現した場合にはリスクの低い薬剤への切り替えを検討する。アカシジアは急性に出現

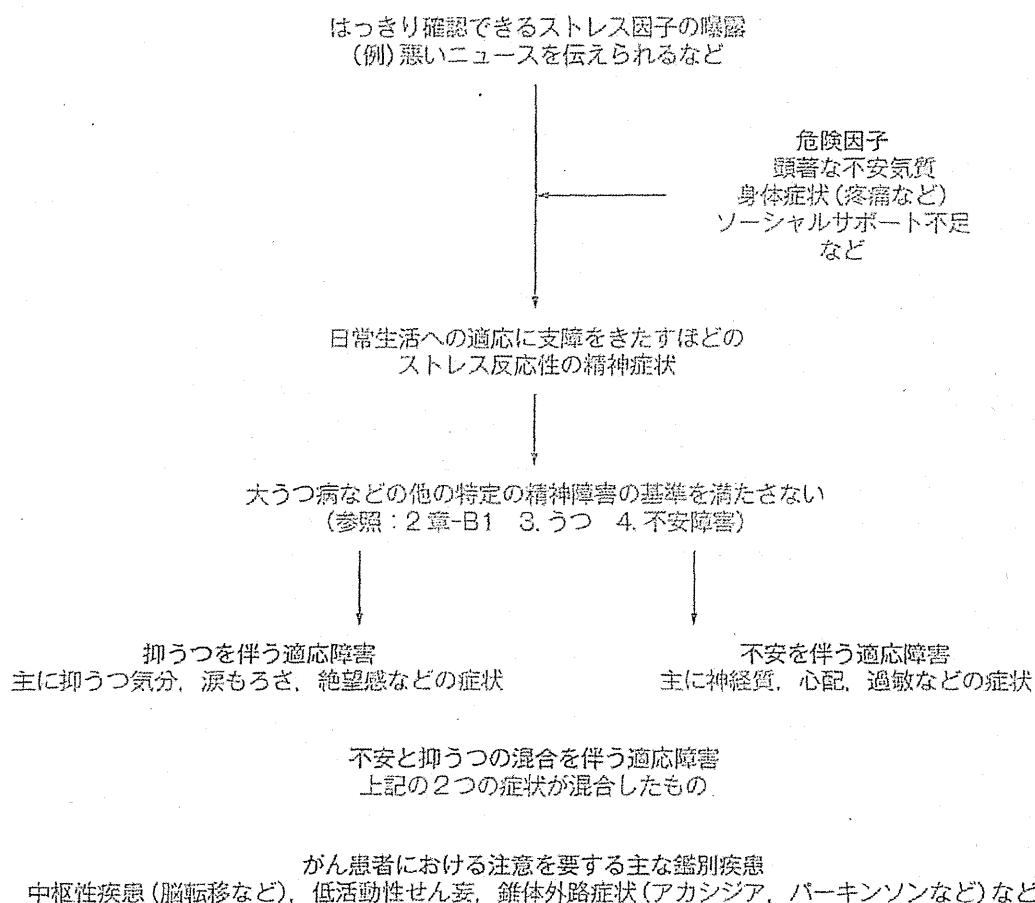


図1 適応障害の臨床症状と病態生理

する不随意運動で、両下肢を中心に不快感を伴い、安静を保つことが難しくなる。不安・焦燥、せん妄の増悪と間違われる場合があるので注意を要する。

また、抗がん治療中やオピオイドを併用している場合に、制吐薬としてプロクロルペラジンやメトクロプラミドが処方されていることが多い。どちらもドパミン拮抗作用があり、抗精神病薬と併用すると錐体外路症状の発現リスクを高めることから併用は避ける。

頻度は少ないものの、ハロペリドールを高用量で用いると、致死的な不整脈を生じる場合があるため、あらかじめQT延長の有無を中心に心電図の確認が望ましい。

非定型抗精神病薬は、一般的に錐体外路症状や抗コリン作用の有害事象は少ないものの、統合失調症患者で一部に代謝障害を引き起こし、血糖値を上昇させ糖尿病ケトアシドーシスを発現したとの報告がある。がん患者に対するリスクは検討されていないが、注意をしながら用いる。

2 適応障害

a) 臨床症状と病態生理

適応障害は、がん患者に最も多くみられる精神疾患である。適応障害とは、米国精神医学会の診断基準であるDSM-IV-TRにおいて、図1のように、はっきりと確認できる強い心理的ストレス因子のために日常生活への適応に支障をきたすほどの情緒面や行動面の症状が出現し、しかし大うつ病やパニック障害などの他の特定の精神障害の基準(「2章-B1-3. うつ」「2章-B1-4. 不安障害」参照)をみたさないストレス反応性の疾患と定義されている。

通常、ストレス因子が終結するとその後6ヵ月以上症状が持続することはない(DSM-IV-TR)が、がん患者は特にがんの診断から再発の情報提供、進行に伴った身体苦痛症状や積極的な抗がん剤治療の中止の確認など、全経過を通じて新たなストレス因子に曝露され慢性化することがある。さらに、前述の大うつ病やパニック障害などの他の特定の精神障害(「2章-B1-3. うつ」「2章-B1-4. 不安障害」参照)に発展していくことがあり、症状が変化することを念頭に置いておかな

【監 修】(五十音順)

加賀谷 肇	明治薬科大学薬学部臨床薬剤学
鈴木 勉	星薬科大学薬学部薬品毒性学
的場 元弘	国立がん研究センター中央病院緩和医療科

【編集担当】(五十音順)

明智 龍男	名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野
上園 保仁	国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野
大石 了三	九州大学名誉教授
大澤 匡弘	名古屋市立大学大学院薬学研究科神経薬理学分野
岡本 禎晃	市立芦屋病院薬剤科
小野 秀樹	武蔵野大学薬学部臨床薬剤学
加賀谷 肇	明治薬科大学薬学部臨床薬剤学
川村 和美	シップヘルスケアファーマシー東日本 教育研修部
小宮 幸子	横浜市立大学附属病院薬剤部
塩川 満	聖隷浜松病院薬剤部
鈴木 勉	星薬科大学薬学部薬品毒性学
高濱 和夫	熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科
直良 浩司	島根大学医学部附属病院薬剤部
久原 幸	手稲溪仁会病院がん治療管理センター緩和ケア室・緩和ケアチーム
的場 元弘	国立がん研究センター中央病院緩和医療科

【執筆者】(五十音順)

赤木 徹	国立がん研究センター中央病院薬剤部
明智 龍男	名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野
東 加奈子	東京医科大学病院薬剤部
安部 能成	千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科
阿部 泰之	旭川医科大学病院緩和ケア診療部
荒木 博陽	愛媛大学医学部附属病院薬剤部
有森 和彦	宮崎大学医学部附属病院薬剤部
池上 大悟	星薬科大学薬学部薬理学
池永 昌之	淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院
伊勢 雄也	日本医科大学付属病院薬剤部
伊東 俊雅	東京女子医科大学病院薬剤部・がんセンター緩和ケア室
伊藤 マミ	聖路加国際病院音楽療法士
稲葉 一郎	薬局セントラルファーマシー長嶺
今井 堅吾	聖隷三方原病院ホスピス科
上園 保仁	国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野
上村 恵一	市立札幌病院精神医療センター
内田 まよこ	九州大学病院薬剤部
大石 了三	九州大学名誉教授
大坂 巖	静岡県立静岡がんセンター緩和医療科
大澤 匡弘	名古屋市立大学大学院薬学研究科神経薬理学分野
大田 洋二郎	静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科
大谷 弘行	国立病院機構九州がんセンター緩和治療科
大塚 理加	国立長寿医療研究センター在宅連携医療部
岡本 禎晃	市立芦屋病院薬剤科
小川 朝生	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分野
小川 節郎	日本大学板橋病院麻酔科
小野 秀樹	武蔵野大学薬学部臨床薬剤学

緩和医療薬学

2013年10月1日 発行

編集者 日本緩和医療薬学会

発行者 小立鉦彦

発行所 株式会社 南江堂

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42番6号

☎(出版)03-3811-7236 (営業)03-3811-7239

ホームページ <http://www.nankodo.co.jp/>

振替口座 00120-1-149

印刷・製本 真興社

装丁 太田公士(Ladybird)

© Japanese Society of Pharmaceutical Palliative Care and Sciences, 2013

定価はカバーに表示してあります。
落丁・乱丁の場合はお取り替えいたします。

Printed and Bound in Japan
ISBN978-4-524-26685-2

本書の無断複写を禁じます。

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(TEL 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

本書をスキャン、デジタルデータ化するなどの複製を無断で行う行為は、著作権法上での限られた例外〔私的使用のための複製〕などを除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、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です。

がん領域における 抑うつ の現状と対応

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分野ユニット長
小川 朝生

1. はじめに

「がん対策基本法」が2007年に施行されて6年が経ちました。2012年にはがん対策のマスタープランである「がん対策推進基本計画」が改定され、より実地の声を反映させる各都道府県での改定作業が本格的に進められています。今回の基本計画の改定で特記すべき点は、患者・家族の強い意向を反映して、「早期からの緩和ケア」が「診断時からの緩和ケア」とより明確に示された点と、「精神心理的苦痛の軽減」がより明確に掲げられた点です。患者・家族の精神的苦痛を軽減するために、サイコオンコロジーの専門医である精神腫瘍医を育成することも盛り込まれています。本稿では、がん医療において、患者・家族の精神的苦痛について紹介をしたいと思います。

2. がん患者と心理・社会的問題

がん患者とその家族はさまざまな精神的、心理・社会的問題を抱えています。実際がん患者の20～40%に重度の心理・社会的問題

が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たないといわれています¹⁾。適切な提供がなされていない背景には、「精神的」や「心理的」「感情の問題」といった言葉にはスティグマ、負のイメージがついてまわり、患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察のなかで医師が患者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されています²⁾。その反省を受けて、がんの臨床を捉えなおし、患者を全人的にとらえるために、biological、psychological、socialと多層的な視点からアプローチを試みる分野が精神腫瘍学（サイコオンコロジー：psycho-oncology）です。

臨床においては、精神腫瘍学は、生命を危機に陥れる「がん」という疾患に罹患し、その診断・告知を受ける時から治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・サポートすることを実践しています。一方、研究の面では「がんが患者や家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、QOL向上を目指した介入方法を開発する」とことと、「がんの罹患