



II章 総論

1

がん医療における「気持ちのつらさ」の位置づけ

がんの気持ちのつらさが暗闇から明るみに出たのは、つまり医師が患者に診察室でがんについて真実を話し始めたのは、がん告知が一般化した米国の1970年代にまで遡らなければならない。「がん告知後の実存的苦境 100日間」を著した、ボストン Massachusetts General Hospital (MGH) のワイズマン(Weisman, A.D.)博士の論文(1976)は、がん告知初期の時代の空気を以下のように伝えている¹⁾。

「実存的苦境はあまり認識されていないが、重要な期間である。それは確定診断から始まり、病気になってから2~3カ月、約100日間続く。主な徴候は、健康や身体症状に関する心配よりも生死に関する懸念が優勢であること。新たにがんと診断された120名の患者に面談調査し……この時期に精神的苦痛が大きかった患者は、過去について多くの後悔をもち、悲観的で、問題の多い家族、結婚生活に問題をかかえていた……重要な他者からのサポートがない患者は脆弱であった。病期が進行し、多くの症状が出ると脆弱性は高まるけれども、診断時の心理社会的つらさは予後の認識を凌駕して、がんとその影響に効果的に対処できない患者を予測するための調査は可能であった」と結んでいる。米国屈指のがんセンター(Memorial Sloan Kettering Cancer Center : MSKCC) にジミー・ホランド(Holland, J.)博士が精神科サービス部門を創設した1977年以後、精神腫瘍学研究が著増し、気持ちのつらさは精神腫瘍学の一丁目一番地として、診療上避けては通れない、がん医療の標的として認識されていった。

1990年代の米国では、がん治療が外来に移行するにつれて、腫瘍専門医が苦痛をかかえる患者を短時間で特定する手段が必要となった。1997年に、米国 National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 診療ガイドラインで、「つらさ distress」のマネージメントという呼称が初めて採用された。つらさに関して医療者の感度が低いという問題のみならず、患者側のスティグマ、特に高齢男性は気持ちのつらさを認識しても表出しない問題が明らかになったためである。翌年、泌尿器科外来に導入したパイロット研究で「つらさの寒暖計 (Distress Thermometer : DT)」が紹介された衝撃は大変大きかった。たったの一問である。うつスクリーニングではなく、患者の気がかりを、「つらさ」という言葉をきっかけに0~10点で患者に記入してもらって、その場でトリアージできるというものであった(1998)²⁾。スティグマを減らす活動は、日本では認知症や統合失調症への名称変更で実感できてはいたが、抑うつやうつ病を指す depression も、心理社会的サービスを利用しない患者数の多さをみると、心理社会や精神など忌避したくなるニュアンスをイメージさせるものとして社会に深く根付いていたようである。一方、つらさ distress の単語の使用は多職種チームにも歓迎された。結果、うつだけでなく、倦怠感や痛み、経済的困窮などと並んで、患者ニーズも含め気がかりを把握できるメリットにつながった。

米国では、がん患者に100%告知する時期から20年が経ち(表1)、コンセンサスではあ

表1 がん患者の気持ちのつらさに関する日米の歴史

年	特記事項
1970 →1997	米国でがん告知をしない方針の医師 90% →ほぼ 0%に急減
1976	米国：Weisman AD「がんの実存的苦境 Existential Plight：最初の 100 日間の重要性」を引き金に、emotional distress に関する論文報告が急増
1997	米国：NCCN 診療ガイドラインで、つらさの単語として distress を使用。「つらさの寒暖計」を含めた 米国：Roth AJ 論文：高齢男性患者のスティグマに配慮して開発された「つらさの寒暖計」研究 (1998)
2003	米国：NCCN コンセンサスガイドラインでつらさのマネジメント推奨：定期的なケアの一環として、すべてのがん患者に精神的苦痛がないか定期的にスクリーニングすることを推奨
2009	カナダ：つらさを第 6 番目のバイタルサインとしてスクリーニングすることを学会から提言 (4 月) 国際サイコオンコロジー学会も同じ提言 (6 月, ベニス) 米国：NCCN ガイドラインで第 6 番目のバイタルサインとしてつらさのマネジメントを推奨。 国際対がん連合 (UICC) も呼称を承認 (2010) 日本サイコオンコロジー学会も提言を支持表明 (2012)
1992 →2016	日本：厚生省全国遺族調査：がん告知を受けた患者：18.2% →全国院内がん登録：がん告知 94%
2015	日本：がん診療連携拠点病院要件：緩和ケアに関するスクリーニング
2024	日本：がん患者における気持ちのつらさガイドライン

るが、米国の NCCN つらさのマネジメントガイドライン (1997) が登場し、定期的診療の一環として、すべてのがん患者に精神的苦痛がないか定期的にスクリーニングすることを推奨したことは画期的であった (2003)³⁾。その後、つらさを「第 6 番目のバイタルサイン」としてすべての患者にルーチンにスクリーニングすることをカナダが先駆けとなり、そして国際サイコオンコロジー学会から提言が出され、NCCN でも採用され (2009)、普及・啓発がはじまった。臨床試験が重ねられたが、全米の包括的がんセンター病院すべてに普及できていないところを見ると、スクリーニングの有効性と経済性のバランスなど課題克服に道半ばといったところである。患者・市民参画を推し進め、電子カルテ (electronic medical record : EMR)、personal health record (PHR)、patient reported outcome (PRO) の利活用含めデジタル化、医療制度などのイノベーションが必要である。

最後にわが国では、がん告知が一般化した時期が 2010 年代とはいえ、ほぼ同時期に日本サイコオンコロジー学会は「第 6 番目のバイタルサイン」提言を支持表明し (2012)、緩和ケアのスクリーニングががん診療連携拠点病院に要件化された (2015)。しかも、2024 年に、エビデンスに基づく『気持ちのつらさのガイドライン』が完成できたのは、さらに画期的なこととして追記したい。本ガイドラインが患者の助けとなって、患者と医療者に生じている課題が同じ土俵で、気持ちのつらさという共通言語を使って認識、克服され、有用なガイドラインの推奨項目が普及することを願っている。一方で、ガイドライン作成過程で十分に推奨できない、不足するエビデンスに気づかれて研究が刺激され、次の打つ手の開発につながり、患者や家族の笑顔が 1 つでも多く増えていくことを願う。

(内富庸介)

■ 参考文献

- 1) Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 1976-1977; 7: 1-15
- 2) Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998; 82: 1904-8
- 3) National Comprehensive Cancer Network. Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2003; 1: 344-74