

5

気持ちのつらさの評価方法

1

1) どういった時に気持ちのつらさの存在を考えるか

1) どういった時に気持ちのつらさの存在を考えるか

気持ちのつらさにはさまざまな程度があるが、臨床的に介入が必要な気持ちのつらさ（閾値以上の気持ちのつらさ）の存在を考えるのは、次の場合である。

- ・患者の自覚的苦痛（つらさ）が強い場合
- ・機能障害をきたしている場合（気持ちのつらさに伴い、本来その人ができるはずの生活・就労・学業・対人交流・その他の社会活動が損なわれている）
- ・持続している場合（そのような状況が一日のうちの多くを占め、数週間以上続いている）

こういった気持ちのつらさの存在は、①患者の様子、②問診、③自己記入式評価尺度、などから気づくことができる。Ⅱ章 2-2-1「気持ちのつらさの症状の概略」も参照されたい。

2) 患者の様子

患者の表情、姿勢（例：落ち込みや恐れ表情、こわばった姿勢）、動作（例：反応が鈍い、発語が遅い）、行動（発話減少、不活発、身だしなみの衰え、ひきこもり）などが参考になる。医療場面では、医学的ケアに参加しない（例：リハビリテーションに参加しない、受診が途絶えがち）、励ましに応じず笑顔がない、良い知らせや面白い状況に反応が乏しい¹⁾、他覚的所見に比して顕著に強い身体愁訴、漠然とした（焦点のはっきりしない）身体愁訴などが、抑うつや不安の徴候であることがある。

3) 問診

精神医学的診断は、習熟した臨床家の丁寧な問診によって行う。厳密には、国際疾病分類（ICD）²⁾やアメリカ精神医学会の分類（DSM）³⁾などの基準に基づいて行う。それぞれの診断基準に対応した、Structured Clinical Interview for DSM（SCID）、Mini-International Neuropsychiatric Interview（MINI）⁴⁾、Composite International Diagnostic Interview（CIDI）⁵⁾などがあるが、これらは主に研究で用いられ、臨床で用いられることは稀である。

実臨床では、はじめに、核となる質問をスクリーニングとして用い、それに該当する場合に、さらに詳細な問診により評価を行う。詳細は後の項を参照のこと。

4) 自己記入式評価尺度

自己記入式評価尺度は、上述の問診で評価する内容を、質問票の形式としたものである。自己記入式評価尺度の目的は、スクリーニング、または、問診による評価の補助である。精神疾患の診断には、一定の「症状」の存在、それらの症状が強い苦痛や機能障害をもたらす

ていること、一定の持続期間を有していること、他の精神疾患や身体疾患によるものではないこと、などを総合的に判断する必要がある。こういった要素を自己記入式の評価尺度だけで評価するのは困難であり、時に、自己記入式評価尺度を診断基準に用いている研究もあるが、これはあくまで代理指標であることに注意が必要である。

(藤澤大介)

■ 文 献

- 1) Akechi T, Ietsugu T, Sukigara M, et al. Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 225-32
- 2) 融道男, 中根允文, 小見山 実, 他 監訳. ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン 新訂版. 医学書院, 東京, 2005
- 3) 日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014
- 4) Sheehan DV, Lecrubier Y 著, 大坪天平, 上島国利 訳. M.I.N.I. 精神疾患簡易構造面接法. 星和書店, 東京, 2000
- 5) 厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業). WHO 統合国際診断面接第5版 (CIDI 5.0) 日本語版の開発と信頼性・妥当性の検証および活用のための体制整備に資する研究. 令和3年度 総括・分担研究報告書

2

スクリーニング

1) スクリーニングの意義

がん患者に対して、気持ちのつらさに関するスクリーニングをルーチンに行うことが、国際的に広く推奨されている¹⁾。精神的苦痛のスクリーニングを“6番目のバイタルサイン”などと称することもある²⁾。その背景には、がん患者において気持ちのつらさの有病率が高いこと、気持ちのつらさに伴う損失が大きいこと、さらに、気持ちのつらさに対して有効な介入があること、などがある。気持ちのつらさは、がん種、病期を問わずあらゆる状況で併発しうるので、スクリーニングは、がんのあらゆる病期で推奨される。わが国においても、がん診療連携拠点病院の施設要件として、「がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと」「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して経時的に行っていること」と、経時的なスクリーニング実施の必要性を明記している³⁾。

患者の症状は変動するため、スクリーニングは定期的に繰り返し実施すべきである。一方で、あまりに頻回に実施しても、運用の労力やコストに見合わないため、実際には、臨床上の意義が相対的に高いタイミングに絞って実施することが提案されている。例えば、がん診断直後の時期、身体や生活に大きな変化が生じる時期（初回入院からの退院後の生活への適応時期や、初回の化学療法の後など）、治療の重要な転換の時期（がんの進行に伴う治療の変化、抗がん治療の中止、best supportive care への移行など）などである⁴⁾。

2) 利点と難点

上述のように、がん患者における、介入を必要とする気持ちのつらさの有病率は高く、気持ちのつらさに関するスクリーニングは、潜在するそういった患者を同定して、必要な介入

につなげる利点がある。

気持ちのつらさのスクリーニングに関する難点は一般的なスクリーニングのそれと同様で、「スクリーニング自体に伴う患者に対する負荷」「偽陽性による不必要な追加検査や治療」「偽陰性による過少医療」などである。加えて、気持ちのつらさのスクリーニングに特有の難点として、「スクリーニング陽性者に対する対応手順が十分に確立していない」ことがある。一般的には、スクリーニング陽性者に対しては、その領域の専門家に紹介して精査や治療を提供することが行われるが、気持ちのつらさに関しては、スクリーニングで陽性だったからといって、ただちに精神科医などの精神心理の専門家につなげるのが適切とは考えられていない。なぜなら、気持ちのつらさに対しては、本ガイドラインで解説しているように幅広い選択肢があり、それらの選択肢は、必ずしも精神科医などの専門家に限って提供されるものではないからである。また、各施設の状況により、提供できる介入の内容や、提供する職種が変わってくる可能性が大きい。さらに、専門的なケアに対して患者や家族の心理的抵抗を感じる可能性もある。

そのため、スクリーニングを実施する際には、各施設において、スクリーニング陽性となった場合の対応フローを定めておくことが大切である。また、患者や家族に対して、スクリーニングの意義や、陽性となった場合の対応についてスクリーニング実施前にあらかじめ説明しておくことが大切である。

3) スクリーニングの実施における注意点

上述のように、気持ちのつらさのスクリーニングは、実施した後の対応こそが重要であり、スクリーニングの実施そのものに関する有効性は十分に確立していない点に注意が必要である。

スクリーニングは、簡便であるほど実施しやすく患者負担も少ないが、特異度が下がる。すなわち、簡便なスクリーニング法では、「気持ちのつらさ以外のつらさ」（例えば、身体的つらさに伴う二次的な心理的つらさ）を拾い上げる可能性が高くなる。そのため、簡便なスクリーニングは、“一次スクリーニング”と考え、陽性の際に行う次の評価方法を整えておく必要がある。そこでは身体・心理・社会的ニーズも含めて広く評価を行う必要がある（II章7-2「包括的アセスメント」の項を参照）。そのなかで、さらに精神・心理的問題が強く疑われた場合には、精神・心理症状に特化した評価尺度などを用いて、“二次スクリーニング”や“確定診断”を行う。

患者の気持ちの状態は変動しやすいため、ある時点でスクリーニング陰性だったからといって、次の時点で気持ちのつらさに問題がない保証はない。そのため、患者の病状や生活の変化を考慮しながら、適切なタイミングと間隔でスクリーニングを反復する必要がある。スクリーニングの実施に関する適切な間隔に関して確立したエビデンスはない。また、スクリーニングで陰性であっても、患者からの要望があれば、精神・心理に対する介入は必要となる。

以上から、気持ちのつらさのスクリーニングは、あくまで、患者のニーズを探るためのきっかけと考えるべきであり、スクリーニングの結果にこだわるのではなく、「結果に関する患者と医療者とのやりとりが、気持ちのつらさに関する両者のさらなる対話の糸口になる」

程度に考えておくのが無難である。

4) スクリーニングの方法

気持ちのつらさのスクリーニングは、定型的な質問による問診と、自己記入式の評価尺度に大別される。スクリーニングは、標準化された尺度を用いることが望ましい。上述の通り、簡便なウルトラ・ショート・スクリーニング（ごく少ない質問数による評価のこと）は、あくまでスクリーニングの第一ステップとみなし、それ単独では、介入が必要な気持ちのつらさの有無の判定に用いるべきではない。

具体的な尺度については次項以降を参照されたい。

（藤澤大介）

文献

- 1) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open 2023; 8: 101155
- 2) International Psycho-Oncology Society. IPOS International Standard of Quality Cancer Care <https://www.ipos-society.org/about/quality> (2024年3月31日閲覧)
- 3) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院等の整備について (健発0801第16号) 令和4年8月1日
- 4) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 2. 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2024年3月31日閲覧)

3 問診法

1) 問診法の利点と難点

問診によるスクリーニングの利点として、慣れた人が実施した場合には、通常の診療のなかで自然な形で実施できることや、定型的な質問だけでは十分でない場合に補足説明や補足質問を行いやすいこと、などが挙げられる。

問診の難点は上記の反対であり、慣れない人が実施した場合には、質問の趣旨がうまく伝わらなかったり、患者に心理的負荷をかけたりすることがある。また、最も大きい問題として、問診に対する患者の返答が一義的でないことがあるため、評価が難しいことがある。また、自己記入式評価尺度を用いる場合と比較して、医療者の労働負担は増える可能性が高い。

2) 具体的な問診法

標準化された方法（妥当性が検証済みの定型的な質問）を用いることが勧められる。

(1) ワン・クエスチョン法

「この1週間のあなたの気持ちの状態を表すと、何点くらいでしょうか？ ふだん気持ちが落ち着いている時を100点とするとどのくらいでしょうか？ 60点を合格点と考えてみてください。」という質問法である。日本のがん患者275名（平均年齢52.2歳、女性59.6%、乳がん31.3%、肺がん14.5%、血液がん16.4%、再発・転移がん41.9%）を対象として妥当性の検証が行われた。精神科医によるDSM-IVに基づく適応障害、または、うつ病を対象とした場合の本法の精度は表1の通りであった。

表1 ワンクエスチョン法の精度

カットオフ値	感度	特異度	尤度比	陽性的中率 (20%)	陽性的中率 (50%)
80/75	0.92	0.39	1.51	0.27	0.6
75/70	0.89	0.41	1.51	0.27	0.6
70/65	0.8	0.59	1.96	0.33	0.66
65/60	0.8	0.61	2.03	0.34	0.67
60/55	0.69	0.76	2.74	0.42	0.74
55/50	0.66	0.76	2.7	0.4	0.73
50/45	0.48	0.93	6.35	0.61	0.8

[Akizuki N, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. Cancer 2003; 97: 2605-13¹⁾より引用改変]

表2 1質問法・2質問法の精度

	感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率	偽陽性率	偽陰性率
1質問法	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00
2質問法	1.00	0.98	0.86	1.00	0.02	0.00

[Chochinov HM, et al. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. Am J Psychiatry 1997; 154: 674-6²⁾より引用改変]

推奨されるカットオフ値は、施設や患者背景により異なる可能性があるが、一般的には、65/60点（感度0.80、特異度0.61）が提案されている¹⁾。

(2) 海外で妥当性が検証されている評価法

言語的な問題から、わが国でそのまま用いることは困難であるが、海外で妥当性が検証された方法の一つとして、Chochinovら（カナダ）²⁾による、1質問法・2質問法がある。これは、うつ病の診断に必須の項目である、「抑うつ気分」および「興味・喜びの消失」の2項目の診断基準をそのまま尋ねる方法である。

1質問法（抑うつ気分）は、“Are you depressed most of the day, nearly every day?（1日の大半、ほとんど毎日、落ち込んでいますか？）”という質問を1つだけする方法である。

2質問法は、上記に加えて、“Have you lost your interest or pleasure in all or almost all activities?（ほとんど、または、すべての活動について、興味や喜びを失っていますか？）”という、興味や喜びの消失を問う質問を行う方法である。

進行がんで緩和ケアを受けている入院患者197名を対象に、Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) 評価法に基づく大うつ病または小うつ病エピソードを基準として、精神科専門看護師による1質問法および2質問法の妥当性を検証したところ、同研究におけるスクリーニング精度は、表2の通りであった。

これらの精度が極度に高い点が注目に値する。スクリーニングは、患者背景や、スクリーニングが実施される環境により精度が変わる。例えば、本研究では、スクリーニングを実施したのが精神医療の専門家であったことや、緩和ケア病棟に入院していて、気持ちのつらさ

以外のつらさが十分に管理されていた可能性などが、見かけ上の精度を極端に高くした可能性がある。著者らも、短い質問法はあくまでスクリーニングであり、診断には用いないよう注意喚起している。

3) STAS 日本語版

具体的な問診法は規定されていないが、わが国の緩和ケア領域で広く用いられている評価尺度に Support Team Assessment Schedule (STAS) がある³⁾。「痛み」「病状認識」「コミュニケーション」などを含む9項目のなかに、「患者の不安」の項目がある。医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとるため、患者に負担を与えない利点がある。患者の不安は以下のような項目である。

[患者の不安：不安が患者に及ぼす影響]

0=なし

1=変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。

2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。

3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。

4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

(藤澤大介)

II 文 献

- 1) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97: 2605-13
- 2) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 674-6
- 3) STAS-J (STAS 日本語版) のページ. <https://plaza.umin.ac.jp/stas/> (2024年3月31日閲覧)

4 自己記入式評価尺度

1) 自己記入式評価尺度の利点と難点

自己記入式評価尺度は、評価対象とする症状を患者や家族が記入する質問票である。実施に関わるスタッフの教育をほとんど必要としないため、病院の受付などで事務的に実施したり、自宅で事前に記入してもらったりできて、実施可能性が高いことが利点である。紙とペン方式のほか、最近はタッチパネルや、インターネット（スマートフォン・アプリを含む）上で入力する機会も増えてきている。

自己記入式評価尺度の難点は、記入を患者や家族に負っているため、尺度に記載された文面が十分に読まれなかったり誤解されたりする可能性があることである。

また、精神疾患の診断や、介入が必要な気持ちのつらさの評価には、自己記入式評価尺度に記載された「症状」の他に、関連する苦痛や機能障害、持続期間、症状が他の問題（身体症状など）によるものではないこと、などを総合的に判断する必要があるが、これらを自己

記入式評価尺度だけで評価するのは困難である。そのため、自己記入式評価尺度の目的は、あくまでスクリーニング、または、問診による評価の補助である。

気持ちのつらさに関する自己記入式評価尺度は、質問数の少ないウルトラ・ショート・スクリーニング尺度と、より気持ちのつらさに特化した尺度に大別される。

2) ウルトラ・ショート・スクリーニング尺度

(1) つらさと支障の寒暖計

つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometer : DIT) は、「気持ちのつらさ」と「生活への支障」の2項目について、0 (なし)~10 (最大) の数字が示された寒暖計に見立てた図に、その程度を記入する尺度であり、1~2分で簡便に実施できる。日本人がん患者において、「つらさ」=3/4点、かつ、「支障」=2/3点をカットオフ値とした場合、うつ病または適応障害に対する感度、特異度がいずれも0.82であったと報告されている¹⁾が、使用目的によってカットオフ値を変えて使用が可能である。

DITは、国際的に広く使用されているつらさの寒暖計 (Distress Thermometer : DT) の改良版である。DTは「気持ちのつらさ」に関する寒暖計1項目の評価尺度であり、より簡便である一方で、精神的苦痛に関する特異度が低いため、「何らかの困りごとがあるサイン」として、精神的問題以外も含む問題領域リストと併せて使用することが推奨されている。

(2) 改訂版エドモントン症状評価システム

改訂版エドモントン症状評価システム (Edmonton Symptom Assessment System-Revised : ESAS-r) は、「あなたは、今、どのように感じていますか。最もよくあてはまる数字に○を付けて下さい」という指示により、痛み、だるさ、眠気、吐き気、食欲不振、息苦しさ、全体的な調子、とともに、気持ちの落ち込み (悲しい気持ち)、と、不安 (心配で落ち着かない) を、それぞれ、0 (なし) から10 (最もひどい) の11段階で評価するものである。日本人がん患者292名を対象に信頼性と妥当性が検証されている²⁾。

(3) その他の尺度

日本で妥当性が検証された、気持ちのつらさの項目を含む自己記入式評価尺度には、MDアンダーソン症状評価尺度 (M. D. Anderson Symptom Inventory : MDASI)³⁾、PHQ-2 (後述) などがある。

3) 気持ちのつらさに特化した尺度

(1) PHQ-9

Patient Health Questionnaire (PHQ) は、後述のGAD-7とともに、プライマリ・ケア場面で精神疾患を診断するために開発された質問票である。DSM-IVやDSM-5におけるうつ病の診断基準に対応した9項目から構成されている⁴⁾。米国臨床腫瘍学会 (American Society of Clinical Oncology : ASCO) は、がん患者の抑うつのスクリーニングツールとしてPHQ-9の使用を推奨している⁵⁾。4件法9項目、合計0~27点であり、最もよく用いられるカットオフ値は9/10点である。一方、評価時の身体状況 (例：化学療法中の食欲低下や倦怠感など) の影響

を受けやすく、がん患者においては信頼性・妥当性が低いという指摘もある。

PHQ-2は、PHQ-9からうつ病の中核症状の2項目を抽出したもので、簡便なスクリーニングとして用いられる。メタアナリシスによれば、 ≥ 3 をカットオフとした際のうつ病の感度・特異度はそれぞれ0.76, 0.87で、 ≥ 2 での感度・特異度は0.91, 0.70であった⁶⁾。原版では ≥ 2 が推奨されているが、うつ病の有病率が低いサンプルでは偽陽性が多くなる可能性がある。

(2) GAD-7

Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)は、PHQ-9と同様にプライマリ・ケア場面での使用を想定して開発された評価尺度である。当初は全般性不安障害のスクリーニングとして開発され、高い感度・特異度が示されたが、現在は不安障害全体のスクリーニングとして使用されており、米国臨床腫瘍学会からも推奨されている。4件法7項目で、合計0~21点のうち、5~9点は軽度、10~14点は中等度、15~21点は重度の症状レベルと評価される。

(3) HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)は、不安と抑うつ両方に関する評価尺度である。4件法14項目(不安7項目、抑うつ7項目)で、がん領域では最も広く用いられている。身体症状に関する質問を含まないことが特長で、身体疾患や身体治療の影響を受けにくい。国内のがん患者を対象とした研究では、HADSの総合点のカットオフ値として、適応障害で11~13点以上、うつ病で17~19点以上が推奨されている⁷⁾。国際的には、不安症状7項目のHADS-Aと抑うつ症状7項目のHADS-Dのそれぞれをカットオフ値とすることが多い。適切なカットオフ値については議論があるが、7/8点を用いられることが多い。

(4) BEDS

Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS)は、エジンバラ産後うつ尺度 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)の6項目短縮版である。EPDSは産後うつ病を評価する目的で開発されたが、身体症状に関する質問項目を含んでいないために、身体疾患を有する患者の精神症状の評価に優れており、欧州臨床腫瘍学会 (European Society for Medical Oncology : ESMO)により、緩和ケア領域におけるうつ病スクリーニング尺度として推奨されている⁸⁾。

(5) その他の評価尺度

がん領域で使用されてきたその他の自己記入式評価尺度には、ベックうつ病尺度 (Beck Depression Inventory : BDI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), General Health Questionnaire (GHQ), などがあるが、近年は研究目的以外で用いられる機会は少なくなっている⁹⁾。

(藤澤大介)

文献

- 1) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 91-9
- 2) Yokomichi N, Morita T, Nitto A, et al. Validation of the Japanese version of the Edmonton Symptom Assessment System-revised. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 718-23
- 3) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1093-104
- 4) 村松公美子. Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 up to date. 新潟青陵大院臨心理研 2014; 7: 35-9
- 5) Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol* 2023; 41: 3426-53
- 6) Manea L, Gilbody S, Hewitt C, et al. Identifying depression with the PHQ-2: a diagnostic meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 203: 382-95
- 7) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 5-12
- 8) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155
- 9) Wakefield CE, Butow PN, Aaronson NA, et al. Patient-reported depression measures in cancer: a meta-review. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 635-47

5 他の精神疾患との鑑別と必要な検査

気持ちのつらさは、正常な心理反応としてのつらさや不安や抑うつから、病的水準に相当する不安障害やうつ病まで、幅広い症状と病態のスペクトラムを指す¹⁾。そのため、気持ちのつらさとしておおまかに捉えたうえで、必要に応じてこれらの症状を呈するさまざまな精神疾患や病態を特定することが必要となる¹⁾。以下に、代表的な鑑別疾患について解説する。なお、特に本項の内容と関連するⅡ章 2-2-7「がん患者における精神医学的診断の留意事項」、Ⅱ章 2-2-9「その他の精神障害」、Ⅱ章 7-3「気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外」も参照されたい。

1) うつ病

「気持ちのつらさ」は幅広いスペクトラムを指しているが、なかでもうつ病は自殺を招く可能性があり、抗うつ薬を中心とする薬物療法や、認知行動療法などの精神療法（心理療法、サイコセラピー）が奏効する可能性があるため、特定しておく必要がある。

うつ病では、抑うつ感（気持ちが落ち込む）、気力低下（何もやる気がしない）、食思不振、集中力低下、喜びや興味関心の喪失、易疲労、焦燥、自殺念慮などの症状が生じ、ほとんど一日中、2週間以上にわたって持続する。精神医学で広く用いられているアメリカ精神医学会の診断基準²⁾は前出のⅡ章 2-2-2「抑うつ・うつ病」の項に示した（P16、表2参照）。

うつ病症状の客観的評価尺度として Hamilton Depression Scale（HAMD）などがあり、主観的評価尺度（質問票）には、Ⅱ章 5-4「自己記入式評価尺度」で紹介されている PHQ-9 や BEDS などがあるが、これらはあくまでもうつ病「症状」の評価尺度であり、診断の補助的道具である。これらの評価尺度をもって「うつ病」という疾患を診断できるわけではなく、診断は専門家の判断で行う点に注意を要する。

2) 不安障害

パニック障害や全般性不安障害（generalized anxiety disorder：GAD）などの不安障害も、薬物療法や認知行動療法などの精神療法が奏効する可能性があるため、特定する必要がある。

パニック障害は、突然激しい恐怖や強烈な不快感が生じ、数分以内に頂点に達するパニック発作を繰り返す病態で、以下のような症状を伴う。動悸、発汗、息苦しさ、窒息感、胸痛/胸苦しさ、悪心/腹部不快感、めまい/ふらつき、寒気/熱感、現実感消失/離人感、抑制力を失う恐怖、死ぬことに対する恐怖。パニック障害は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）などの抗うつ薬を中心とする薬物療法と、認知行動療法が奏効する可能性がある。パニック発作/パニック障害を疑ったら、精神科医や心療内科医に紹介すべきである。

全般性不安障害は、多くの出来事や活動で過剰な不安（予期憂慮）が、6カ月以上にわたり半数以上の日に生じ、次のような症状を含む。落ち着きのなさ/緊張感/神経の高ぶり、易疲労、集中困難/心が空白になる、易怒性、筋緊張、睡眠障害。全般性不安障害においても、抗うつ薬（SSRI など）を中心とする薬物療法と、認知行動療法などの精神療法が奏効する可能性がある。全般性不安障害は、精神症状のまとまりが一見曖昧にみえ、診断はより難度が高いが、全般性不安障害ではないかと気づくことが第一歩になるので、精神科医や心療内科医の専門的診察につなげられるように多くの医療者に知ってもらいたい。

閉所恐怖症では、MRI、CT、放射線治療など、狭い空間に閉じ込められ、出られない状況で強い恐怖と不安を感じる。また、病院に入院している状況で外に出られないと感じ、不安が高まり逃げ出したくなる場合もある。無菌室治療で部屋から出られない場合は、特に不安が強くなりやすい。閉所恐怖症を根本的に改善する治療は必ずしも容易でないが、MRIやCT、放射線治療を受ける場合には1時間程度前に抗不安薬を服用し、その一時的効果で検査や治療を乗り切れる場合も多く、実地で容易に試みることができる。病棟の相部屋でベッドの位置を決める場合になるべく窓際の部屋を割り当て、少しでも閉塞感を減らすなどの工夫も有用である。

3) せん妄³⁾

せん妄では、身体的異常や薬物の使用を原因として急性に発症する意識障害（意識変容）を本態とし、失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想気分変動などのさまざまな精神症状を呈する病態である³⁾。脳機能が不安定化し、軽度から中程度の意識混濁を伴う意識変容が生じ、幻視などの幻覚や妄想、錯覚、見当識障害、注意力低下、実行機能低下、不安、焦燥、不眠、不穏などが生じる。低活動型せん妄では、幻覚、妄想、錯覚、不穏などの精神症状が現れず、ぼんやりした状態で軽度から中程度の見当識障害や注意力低下、実行機能低下などが生じる。過活動型せん妄と活動水準混合型では不安焦燥が出現することが多く、落ち着きのない状態となる。これらを心因的に解釈し、せん妄を見落とさないように注意する必要がある。本人が言葉で訴える内容が心因的に理解可能な場合でも、意識状態を正確に評価することが必須である。

せん妄には身体的異常や薬物などの要因があり、それらの要因とせん妄発現の関連を検討することも重要である（DSM-5 参照²⁾）。それに応じた各種検査（血液検査、画像検査、髄液検査など）が必要となる。

せん妄の評価尺度として、Confusion Assessment Method (CAM) (日本語版あり)、Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS, せん妄の重症度評価, 日本語版あり)、NEECHAM Confusion Scale, Delirium Screening Tool (DST) などがある。それぞれの有用性と注意点について文献3を参照されたい。

これらはあくまでも、せん妄「症状」に関する評価尺度であり、スクリーニングや重症度判定などに役立っても、せん妄の有無を「診断」できるわけではないことに留意する。

4) アカシジア (静座不能症)

アカシジアは、主として抗精神病薬や、同様の化学構造を有する一部の制吐薬などが原因となって、それぞれ、むずむずしてじっとしてられない感覚が生じ、落ち着きなく歩き回ったり、足を動かし続けたりする病態である。本人の苦痛は強く、こんなに苦しいのだったら死んだ方がましだと感じ、実際そのように訴えることも稀でない。

がん医療の現場では、せん妄に対する対症療法として、ハロペリドール、リスペリドン、クエチアピンなどの抗精神病薬がしばしば用いられる。また制吐薬としてオランザピン、メトクロプラミド、ペラジンなどが用いられる。さらに抗うつ、食思改善、精神安定の効果に期待してスルピリドが用いられることがある。ハロペリドールはせん妄に対する対症療法として、特に内服薬を投与できない場合にしばしば用いられるが、ハロペリドールは上述の抗精神病薬のなかでもアカシジアやパーキンソン症状などの錐体外路症状を生じやすいので、とりわけ注意を要する。スルピリドも、上記の効用がうまく発揮される場合もあるが、錐体外路症状 (アカシジア、パーキンソン症状、ジスキネジアなど) が強く生じることがあるので、注意が必要である。また、術後せん妄や呼吸管理の必要な病態で鎮静補助としてハロペリドールなどの抗精神病薬が投与され、アカシジアが生じることは稀でない。アカシジアを見抜いて診断しないと、本人の希死念慮が強いとして見誤り、場合によっては積極的治療を終結する方向に誤って導いてしまう可能性もある。あるいは自殺企図に結びつくこともある。

アカシジアは、原因となる抗精神病薬や制吐薬を中止すれば数日から数週単位の経過で軽減してゆくのが通常であり、必要ならピペリデンやトリヘキシフェニジルなどのいわゆる抗パーキンソン病薬を投与することによって、より速やかに軽減できる病態である。すべてのがん医療従事者がアカシジアについて理解し、アカシジアを見落とさないように注意する必要がある。

5) 認知症、軽度認知障害など神経認知障害群

認知症においても、不安や抑うつが症状として前景化することは少なくない。例えば、今までよくわかっていたことがわからなくなったり、できていたことができなくなったりすると、本人が自らの認知機能の低下を明確に認識している場合も、そうでない場合でも、不安に感じたり、気持ちが落ち込んだりすることがある。気力低下して何もする気がしない状態に陥ることもある。

認知症の主症状は、認知機能障害〔健忘 (短期記憶力低下)、注意力低下、実行機能低下など〕が中心となる。これらの症状がいつから、どのような形で生じたか、特定する必要がある。また脳の画像診断も必要である。専門的診断には認知症を専門とする医療施設を受診す

るとよい。

簡便な認知機能検査として、Mini Mental State Examination (MMSE)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、Frontal Assessment Battery (FAB、前頭葉機能検査) などがある。これらの評価尺度は、認知機能を大まかに把握することが目的であり、評価尺度によって認知症を診断できるわけではないことに注意を要する。

がん医療の現場では、当面のがん医療を円滑に遂行できるようにさしあたり環境調整などを行いつつ、可能なタイミングで認知症の専門的診断と治療の検討につなげるとよいだろう。

6) ケモブレイン

がん医療では、化学療法、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬などががん薬物療法による脳機能（認知機能）への影響（いわゆる「ケモブレイン」「chemobrain」）〔記憶力低下、注意力低下、実行機能の低下（計画や組織化の困難）、言語流暢性の低下、処理速度の遅延など〕が生じることが稀ならずある。気持ちのつらさとして現れる現象の背後にこれらの問題が隠れていないか注意しておく必要がある。

また、脳の手術や放射線治療による影響で脳機能（認知機能）に障害が生じ、結果として気持ちのつらさに相当する抑うつや不安、困惑などが生じることがある。

7) 薬物療法やホルモンの影響

ホルモン異常を引き起こす身体疾患や薬物療法などにより、さまざまな精神症状が生じることがある（P25 参照）。ステロイド（グルココルチコイド）を用いた治療により、抑うつや不安だけでなく、気分高揚や易怒性、攻撃性、時に被害妄想などの精神症状が生じ、気持ちのつらさのようにみえることは、がん医療においてしばしば経験される。ステロイドを用いている場合、特にパルス療法などで高用量投与している場合は、要注意である。

8) その他の身体的要因

全身状態の悪化や、痛み、悪心・嘔吐、倦怠感などさまざまな身体的要因により気持ちのつらさが生じることがあり、認知機能が影響を受けて低下する場合もある。

9) 物質依存と離脱

(1) アルコール離脱

アルコール依存症のある人で、入院や手術などを機に、常時摂取していたアルコールが突然切れ、不安、焦燥、不眠を伴う離脱症状が入院後などに現れる場合がある。飲酒歴を把握していないと、離脱症状であることを見逃し、それ以外の気持ちのつらさと混同することがあるので注意を要する。アルコール依存のある人は、しばしば飲酒量を過小に報告するので、自己申告だけをあてにせず、家族などから客観的事実を確認する必要がある。飲酒歴のある人の多い頭頸部がんや食道がんでは特に注意を要する。

アルコール離脱では、不安、焦燥、不眠に加えて、初期（アルコール摂取中断後 6～24 時間）に震え、発汗、動悸、微熱、頭痛、食思不振、悪心・嘔吐などの症状が伴いやすい。また、その後 24 時間から 72 時間以降は、幻覚、せん妄、振戦せん妄、けいれん発作、高血圧

と頻拍、重度の不安やパニック発作が生じる。飲酒歴の把握に加えて、初期の自律神経症状に注目することが、鑑別点として重要である。

アルコール離脱では（離脱せん妄が生じる場合も含めて）、危険防止と慎重な観察、ベンゾジアゼピン系薬（中等量以上の抗不安薬など）を中心とする薬物療法、水分補給、栄養管理、ビタミン補充などが重要な治療法となる。栄養欠乏の疑いがある場合はビタミン補充、特にビタミン B1 欠乏による Wernicke 脳症を疑う場合は（血中ビタミン B1 濃度の検査結果が出る前から）早急に大量ビタミン B1 を補充することが必要である。Ⅱ章-2-2-8「アルコール、薬物の問題」の項も併せて参照されたい。

(2) ベンゾジアゼピン系薬離脱

ベンゾジアゼピン系薬（抗不安薬、睡眠導入薬）の離脱にも注意を要する。長期間にわたって多量のベンゾジアゼピン系薬を服用している人は無論、さほど高用量でなくても長期連用している人が入院や手術などをきっかけとしてこれらの薬剤を急に中断すると、以下のような離脱症状が出現し、不安や不眠からそれ以外の気持ちのつらさと混同されることがある。不安、不眠、震え、発汗、動悸、頭痛、悪心・嘔吐、パニック発作、錯乱、幻覚、うつ症状、筋痛、けいれん、光や音の過敏、運動失調など。重度な離脱症状では、けいれん発作やせん妄が生じることがある。急性の離脱症状は通常薬剤中止後 1~4 日以内に現れ、2 週間程度続きうる。ベンゾジアゼピン系薬の離脱症候が出現したら、ベンゾジアゼピン系薬の漸減、注意観察、心理的サポートを中心とする医療的対応が必要となる。普段から漫然とベンゾジアゼピン系薬を処方され、長期服用している人は少なくないので、注意が必要である。

10) 脳転移、髄膜転移/播種

脳転移、髄膜転移/播種でも、それ以外の気持ちのつらさにみえる不安や抑うつが生じる場合がある。麻痺、失語、頭痛、悪心・嘔吐、意識障害など、中枢神経系の異常を示唆する症状が明らかな場合には、脳器質の病態評価が必要である。さらに、ぼんやりする、言動がまとまらないなど、軽度の意識障害を示唆する症状でも、脳器質性疾患を鑑別に含めておく必要がある。

11) 脳梗塞、脳出血

上述の脳転移、髄膜転移/播種と同様に、脳血管性の病態でも気持ちのつらさにみえる症状が生じることがあり、注意を要する。

12) 発達障害

自閉症スペクトラム障害、知的能力障害など、さまざまな発達障害が背景となって、気持ちのつらさが前景化する場合がある。気持ちのつらさが前面に立って問題となる場合にも、発達の問題が背景にある場合には、発達の特性を把握することによって、その人の気持ちのつらさが生じる特有の事情を理解することができる。発達の問題自体を変化させることは困難であるが、本人の特性に合う環境が得られるように調整したり、苦手な状況や場面を特定し対処法を検討したりすることによって、本人が周りの対人関係や環境においてより安楽に

生きやすくなる方法を見出せる可能性がある。がん医療の現場でも、発達的特性に注意して見極め、必要に応じて対処することで本人の気持ちのつらさや生きにくさ、がん医療において生じる支障を軽減できる可能性がある（コラム⑥「気持ちのつらさと発達障害」参照）。

13) パーソナリティ障害

持続的なパーソナリティ障害のある人で、訴えとして気持ちのつらさが語られることも多い。がん医療の現場では、がんという疾患や治療の影響を考慮する必要があるが、がん罹患以前から続くパーソナリティの問題の有無は、必要に応じて確認しておくべきである。評価には、生活史の聴取と、本人のことを以前から長年にわたってよく知る家族などからの情報が必要である。現時点の状態像だけでなく、生活史、成育歴を遡って確認することが重要である。

14) 精神病状態

慢性統合失調症だけでなく、例えば初老期に生じる軽度の関係念慮や被害念慮を中心とする精神症状でも、気持ちのつらさにみえる不安や抑うつが生じる場合がある。本人の訴えでは不安や気持ちの落ち込みが中心となることがあり、精神医学的評価がきちんとなされないと見落とされることも多い。少量の抗精神病薬投与によって安定する可能性があるため、正確に評価し対応する必要がある。

（和田 信）

II 文献

- 1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 2. 2024. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf (2024年7月30日閲覧)
- 2) 日本精神神経学会日本語版用語監修、高橋三郎、大野裕監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京、2014 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.(DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013)
- 3) 日本サイコoncロジー学会、日本がんサポーターブケア学会編。がん患者におけるせん妄ガイドライン 2022年版。金原出版、2022

6 見立て（成育歴、心理社会的状況の評価など）

気持ちのつらさが生じる背景を知ることは重要である。

第一に、がんという病気が本人の気持ちにどのように影響しているのか理解しておくことは、がんを患う人の気持ちのつらさを理解するために必須である（本ガイドラインの多くの章と項目を参照）。

しかし医学的背景だけでは十分でない。家族、交友関係、仕事や学業、本人が大切にしていること、経済的事情、社会的事情など、本人をとりまく対人的社会的状況にも、気持ちのつらさが生じる重要な要因が潜んでいることがある。さらに現時点の状況のみならず、これまでどのような人生を送ってきたか、成育歴や生活史を確認することも必要な場合がある。また、本人の発達的特性や知能、教育歴なども、気持ちのつらさを理解するうえで重要な鍵となることがある。

がん医療の現場では、すべてのケースでこれらを最初から網羅的に問診するだけの時間的人的余裕はないことが多い。また大抵の場合、最初から網羅的な情報が必要になるわけではない。気持ちのつらさの性状に応じて、どのような情報が重要であるか見立て、必要なことから確認してゆくのが現実的な方法であろう。

心理社会的背景や、生活史、成育歴などが重要な情報となるのは精神心理領域の特徴であり、身体疾患を扱う医療や医学では、さほど重視されないことも多い。これらの情報は診療録に記載されていないことが多く、精神心理領域に従事する者や、特に問題意識を抱く者が新たに聴取する必要があると考えておく方がよい。

いくつかの例を以下に示す。

1) 経済状況¹⁾

例えば、再発転移し、抗がん剤などを用いるがん薬物療法により延命を図ることを医師から推奨され、その時点では苦痛な身体症状がほとんど生じていない場合でも、「高齢で先の長くない自分が余裕のない家計から治療費を使って治療を受けることで家族に迷惑をかけたくない」「治療しても完治せず、いずれ命を落とすことになるのなら、治療に多くのお金を使わず、自分は病気が進行することを受け入れるべきだ」と感じている人もいる。このような場合には、気持ちのつらさの背景に経済的事情が関与している可能性があり、医療の見立てとともに、医療費を含む情報提供と相談支援が必要となるだろう。

2) 知能/教育

例えば、治療を受ける利点とリスクを説明しても怒りや絶望ばかりが前面に出て話が進まない場合に、本人に理解可能な形で説明が提供されていないこともある。医学的説明に関する本人の理解力をおおまかに把握し、必要ならできるだけ簡潔でわかりやすい説明を工夫することで、理解と選択がより円滑に進む場合がある。

3) 対人関係

がんを患う人でも、本人にとっては病や死の苦しみより、大切な人との人間関係の方が苦悩の中心となっていることがある。例えば、がん終末期で近い将来命を失うことになっていると本人も知っている状況で、本人にとって一番の心の苦痛は、断絶してしまった子供との関係である場合がある。必要なら家族関係とその歴史を聴取し、可能なら家族と連絡をとって最期の時期にいくらかでも本人とやり取りができるか調整を試みることもあるだろう。

また、死を迎えることで大切な人と永遠に別れねばならないつらさが心の苦痛となっている場合がある（次ページ「スピリチュアルペイン」の段落を参照）。

4) 成育歴

例えば、親との関係が良好でなく、孤独でつらい子供時代や思春期を送った人がいる。その人は、自分自身が生きる価値を肯定的に見出すことが難しいと感じることがあるかもしれない。がんという難しい病気を患い、治療が困難な局面を迎えた時、生きることを諦めてしまうかもしれない。そのような場合にも、難しい山を越えるまでの時を耐えることができ

ば、自らの命を再び大切に思う気持ちを取り戻せることがある。心の支えになろうとする関わりには、その人の気持ちを理解するために大きな視点も必要であり、成育歴や生活史の聴取と理解が役立つことがある。

5) ライフサイクル^{2,3)}

その人が人生のどの時期にいるかということも、気持ちのつらさを理解するうえで重要である（児童期、思春期/AYA、成人期、壮年期、老年期など）。（Ⅱ章 4-3「世代や背景特有の問題と対応の考え方」参照）

6) スピリチュアルペイン

気持ちのつらさには、不条理な病や死を受けいれがたい気持ちなど、実存にまつわる心の苦しみも含まれる。また、大切な人や、自らの健康や希望を失う喪失の悲しみや苦痛もある。いずれががが進行して死を迎えることがわかっているのに、何のために生きているのかと、生きる意味や目的を見失うことも、スピリチュアルペインに含まれる。悲しみ、喪失感、孤独感、恐怖、不安が生じうる。スピリチュアルペインは、狭義の精神医学や臨床心理学の範囲を超える、人の生死にまつわる心の苦痛であり、広い人間知と死生観をもって対応する必要がある^{4,5)}。共感的、支持的にかかわることが基本であり、いわゆるスピリチュアルケアに相当する関わりが役立つ場合がある（コラム①「スピリチュアルペイン」参照）。

気持ちのつらさに対して、第一に重要な対応は、主科担当医や看護師などの主治医チームが支持的・共感的に関わることであるが、さらにメンタルヘルスの専門家（精神科医、心療内科医、公認心理師、精神専門の看護師など）が各種のアプローチを検討する場合には、気持ちのつらさを丁寧に評価（アセスメント）することが出発点として重要である⁶⁾。評価と個別のニーズに応じて柔軟に方法を選択すべきであり、治療者の関心や得意な技法を優先すべきではない（Ⅱ章 9A-1「がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法」参照）。

（和田 信）

■ 文献

- 1) 松下年子, 松島英介. 患者・家族が望むこと. 精神腫瘍学 (内富庸介, 小川朝生編), pp227-30, 医学書院, 2011
- 2) 小林未果, 松島英介. ライフサイクルについて. 精神腫瘍学 (内富庸介, 小川朝生編), pp230-4, 医学書院, 2011
- 3) 松島英介. 終末期の精神医学的問題. 精神腫瘍学 (内富庸介, 小川朝生編), pp234-7, 医学書院, 2011
- 4) 和田信. 医療におけるスピリチュアルケア. 共に生きるスピリチュアルケア—医療・看護から宗教まで (瀧口俊子, 大村哲夫, 和田信編), pp34-58, 創元社, 2021
- 5) 和田信. 心の声に耳を澄ます—精神科医から見たスピリチュアルケア. 心理臨床に活かすスピリチュアルケア (瀧口俊子, 大村哲夫, 松田真理子編), pp183-99, 創元社, 2024
- 6) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 2. 2024. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf (2024年7月30日閲覧)

コラム②

身体的問題/精神的問題の鑑別： 痛み，食欲不振，倦怠感など

身体的問題がなくても身体症状は起こりうる。例えば、痛みが「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」と定義されている¹⁾のは象徴的である。また、うつ病の診断基準のなかに食欲低下、倦怠感があるなど、精神的問題に伴う身体症状が知られている。がん患者における身体症状の多くはがんやその治療による身体的問題であるが、痛み、食欲低下、倦怠感などについて医療者が通常想定する以上の訴えを受けた場合は、うつ病をはじめとする精神的問題の鑑別を行い、原因に応じた治療へ取り組む。

身体症状の原因が身体的問題か精神的問題かの鑑別には、①身体的評価を再度行うこと、②精神心理社会的側面を含む包括的、時系列的な評価を行うこと、③うつ病を考える場合、抑うつ気分や興味または喜びの消失といった中核症状、過剰な罪悪感、自殺念慮などの精神的側面に特異的な症状に着目すること、が大切になる。

一般的に気持ちのつらさがうつ病相当の場合のみ、抗うつ薬の使用を検討する（詳しくは、臨床疑問2を参照）。気持ちのつらさがうつ病の診断には至らない程度の場合は、支持的に関わりながら安寧を得られるようなケアを提供する。なお、気持ちのつらさが閾値以上であった外来化学療法を受けているがん患者であっても、身体的問題の緩和を図るなかで、約2週間後には約70%が閾値以下になったという報告がある²⁾。安易に精神的問題と判断して身体的問題を見逃すことは患者にとって不利益にもなる。精神的問題と身体的問題を鑑別するのみならず、両者を包括的に含んだケアが大切である。

(蓮尾英明)

文献

- 1) Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161: 1976-82
- 2) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37: 823-30

コラム 3

身体的苦痛への精神心理的側面による修飾・関与

「病は気から」といったことわざがある。心と身体は互いに密接な関連があることを「心身相関」という。精神心理的变化は身体に影響し、身体の変化は精神心理的側面に影響する。精神心理的苦悩は、自律神経-免疫系連関を通して末梢臓器の機能低下を引き起こす¹⁾。「心身相関」は誰にでも生じる正常の反応だが、時に身体的苦痛の評価やケアを複雑にしている。

そもそも身体的苦痛の評価においては、患者の主観がゴールドスタンダードである。主観である以上、程度の差こそあれ精神心理的側面がその症状の成立に影響を及ぼすものであり、それを含めて身体的苦痛と考えるべきである。だからこそ、普段から身体的苦痛を評価する場合においても、心理社会的側面も含めた包括的評価を行うことが重要である。身体的苦痛の軽減・増悪因子として精神心理的要因が推測される場合は、精神・心理ケアも身体症状の緩和に役立つ可能性がある。

実臨床では、身体症状の原因が身体的問題か精神的問題かの一元的な鑑別が難しいことがある。その場合、身体症状には身体的問題と精神的問題が併存かつ相関していると、多元的に考えると理解が進みやすい(図1)。また対応に難渋する心身相関を疑う症例の理解にあたっては、「心身症」という病態、「身体症状症」という疾患の概念が役立つことがある(表1)。

「心身症」は、「身体疾患のなかで、その発症や経過に心理社会的要因が密接に関与し、器質的要因ないし機能的要因が認められる病態」と定義される(一部省略)。古典的には、精神心理的ストレスが原因となって胃潰瘍が生じるような場合を指す。がん医療においては、しばしば原因がはっきりしない身体的苦痛や、同定される原因の程度に対して不釣り合いに強い身体的苦痛に遭遇することがある。筆者らは、身体疾患(機能的要因)である筋・筋膜性疼痛を有する進行がん患者において、半数以上がその経過に精神心理的側面が密接に関与していたことを報告している²⁾。このような場合、身体的側面の評価・対応が基本ではあるが、身体的側面へのアプローチのみならず、精神心理的側面へのアプローチの併用が推奨される²⁾。このように、「心身症」の概念を理解する強みは、心身両面へのアプローチの幅が広がる点、全人的理解のもとに患者を診る重要性が共有しやすくなり、多職種連携が図りやすくなる点にある。

一方、「身体症状症」は、身体疾患の有無にかかわらず、身体症状が慢性的に存在し、その症状に過度にとらわれ、強い苦痛や日常生活への障害を呈する精神疾患である。「身体症状症」の概念の強みは、身体症状などへの過度な思考、感情、行動をもって診断が可能となり、精神科医などの専門家との連携が図りやすくなる点である。がん医療においては、がんという身体疾

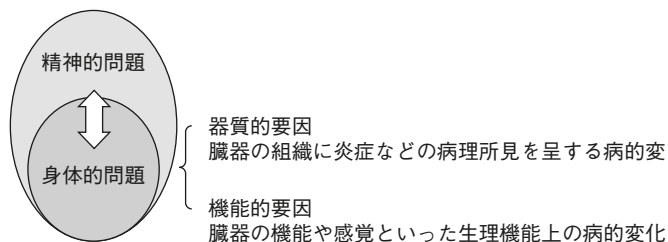


図1 身体症状における身体的問題と精神的問題

表1 心身症、身体症状症と、類似疾患との相違点

疾患概念	相違点
心身症	身体疾患（器質的要因，機能的要因）であること
機能性身体症候群	身体疾患（機能的要因）であること
Medically Unexplained Symptom	身体疾患では説明がつかないこと
身体症状症（DSM-5）	身体疾患の有無を問わないこと（過度にとらわれた思考，感情，行動があること）
身体苦痛症（ICD-10）	身体疾患の有無を問わないこと（身体症状に過度の注意が向けられていること）

患への過度な不安から，患者の注意が過度に身体症状に向けられ，多様な身体症状への不安を訴える患者に遭遇することがある。そのような場合，「検査の結果は異常がない」ことを伝えるのみでは患者の不安は解消されないことも多く，患者の不安を汲み取り，信頼関係の維持に努めながら対応することが必要となる。一般的には，症状の改善のために必要な検査・治療は行いつつも，症状がありながらも生活が維持できることをゴールとして支援していくことが有用となる。

（蓮尾英明）

文献

- 1) Arima Y, Ohki T, Nishikawa N, et al. Brain micro-inflammation at specific vessels dysregulates organ-homeostasis via the activation of a new neural circuit. *Elife* 2017; 6: e25517
- 2) Hasuo H, Ishiki H, Matsuoka H, et al. Clinical characteristics of myofascial pain syndrome with psychological stress in patients with cancer. *J Palliat Med* 2021; 24: 697-704

コラム 4

ケミカル・コーピング

1 ケミカル・コーピングとは？

ケミカル・コーピングは、1989年、Brueraら¹⁾によって提唱された概念であるが、現在でも完全に国際的に定まった定義はない。一般的に「鎮痛以外の心理的利益（気分高揚，不安軽減，鎮静）を得るために不適切に薬物摂取をすること」とされている²⁾。進行がん患者においての頻度は18%と高い一方で，カルテ記載があったのは4%に過ぎず³⁾，医療者の注目が低いことが指摘されている。

オピオイド使用中に起きうるさまざまな患者の行動については，Websterら⁴⁾がまとめているが，代表的なオピオイド鎮痛薬の不適切使用の例がケミカル・コーピングである（図1）。ケミカル・コーピングを安易に許容した場合には，表1に示すような数々の問題点が報告されている。

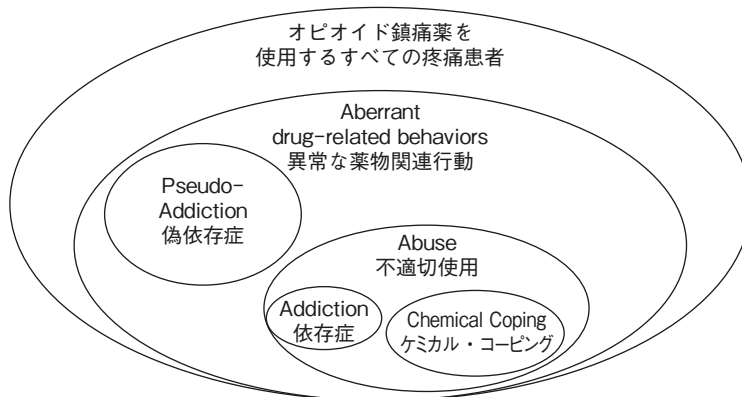


図1 オピオイド使用中に起きうるさまざまな患者の行動

[Webster LR, et al. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med 2005; 6: 432-42⁴⁾より引用改変]

表1 ケミカル・コーピングを安易に許容した場合の問題点

- ・他の薬剤の乱用やオピオイド依存を生じる
- ・QOLの低下をきたす
- ・物質乱用患者，非がん疾患の慢性疼痛患者，急性疼痛患者と比較しても，がん疼痛患者では，死亡につながりやすい
- ・背景にある，解決可能な精神的苦痛，社会的苦痛，スピリチュアル・ペインの見落としにつながる
- ・オピオイド痛覚過敏を起こす可能性がある
- ・オピオイド誘発性認知機能低下をきたす

2 ケミカル・コーピングの評価（アセスメント）

下記のような患者の語りがあるとき、ケミカル・コーピングの可能性を考える必要がある。

- ・「レスキュー薬を1日10回飲んでます」
- ・「レスキュー薬を飲むとよく眠れるんです」
- ・「これを飲むと何となく不安が軽くなって……」
- ・「少し眠いですね。もう4時間たったから、次の痛み止めをください」
- ・「Numerical Rating Scale (NRS) はずっと10です。痛み止めください（顔はニコニコしている）……」

ケミカル・コーピングのリスク因子としては、表2の因子が知られている^{3,5)}。特に簡単に聞けるCAGE（表3）、飲煙歴、喫煙歴にまずは注意してアセスメントを行う（ルーチンでバイタルサインのように聞く）。喫煙歴のある患者は、痛みを強く訴え、オピオイド量が増えやすく、処方箋の指示通りに内服しない場合が多いことが知られており、特に頭頸部がん患者では注意が必要である。

表2 ケミカル・コーピングのリスク因子の例

リスク因子の例
うつ病などの精神疾患や薬物乱用
CAGE スクリーニングテスト陽性（表3参照）やアルコール依存症の既往
喫煙歴あり
若年者
疼痛コントロール不良
良好な performance status (PS)
機能性の痛み（コラム②③参照）
頭頸部の痛み
経口モルヒネ換算 200 mg/日以上

表3 CAGE

Cut down	あなたは今までに、飲酒を減らさなければいけないと思ったことがありますか？
Annoyed	あなたは今までに、飲酒を批判されて、腹が立ったりいら立ったことがありますか？
Guilty	あなたは今までに、飲酒に後ろめたい気持ちや罪悪感をもったことがありますか？
Eye opener	あなたは今までに、朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか？

※アルコール依存症のスクリーニングに使用する30秒以内に行える簡便なツール（4項目からなり、2項目以上で陽性）。ケミカル・コーピングを疑うきっかけとなることもあり、積極的に使用したい。

3 ケミカル・コーピングと診断するためのプロセス (図 2)

まずは、オピオイドの適応ではない疾患（筋・筋膜性疼痛症候群など）を除外する。次に、偽依存症（疼痛症状に対して、鎮痛薬の処方ที่ไม่十分なために、追加の薬を必要とする状態のこと。レスキュー薬の要求回数が増加するため、依存と間違えられやすい）を評価する。

偽依存症でよくみられる医療者の対応例としては、本当はオピオイドで緩和できていないがん疼痛があるにもかかわらず、「オピオイドを処方したのにまだ痛がっている（オピオイドを欲しがっているだけだ。オピオイドは不要だ、オピオイドを処方したから安心だ）」と評価して、オピオイドを増量しないことが挙げられる。

一方、ケミカル・コーピングでよくみられる医療者の対応例としては、オピオイドの適応である症状ではないにもかかわらず、「オピオイドの用量が不十分なのだろう（オピオイドを要求しているのだから、もっと増量しておけばよい）」と評価して、オピオイドを増量することが挙げられる。

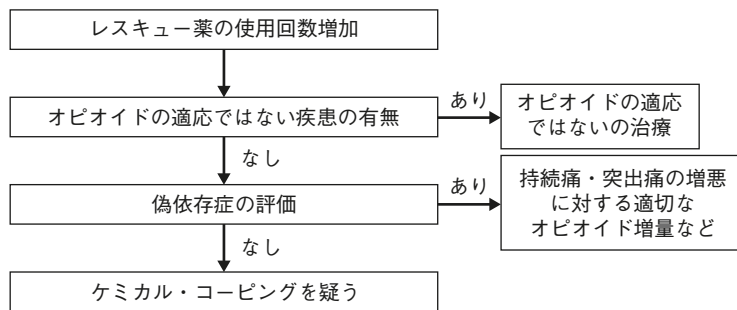


図 2 ケミカル・コーピングと診断するためのプロセス

4 ケミカル・コーピングの治療とマネージメント

まずは、「ケミカル・コーピングかもしれないこと」を医療チーム内で共有する。

ケミカル・コーピングの発生要因には表 4 のような背景があることが知られており、ケミカル・コーピングにならざるを得ない背景（孤独感や不安など）に配慮した対応が必要である。具体的には、「オピオイドレスキュー薬によって軽減されることは何か」を患者に直接尋ねる。多くの患者は不安や孤独感が背景にあるため、ケミカル・コーピングの背景にある、患者のつらさに焦点を当てて対応すべきである。この患者のつらさは、必ずしも容易には明らかにならず、また簡単に理解できるものではないことも多い。この点が、ケミカル・コーピングの問題

表 4 ケミカル・コーピングの発生要因と具体例

発生要因	患者の気持ちの具体例
寂しさを背景にした孤独感	つらいのは自分だけだ……
見捨てられ不安	治療中止と主治医に言われたらどうしよう……
不信感	真実は誰も言ってくれない……
本音を言えない	家族、主治医には弱音を吐くことはできない……
低い自己評価	そもそも迷惑をかけている、自分には価値がない……

をより複雑にしている。患者は本当に「痛い」と言っているのか、「痛み止めをください」と言っているだけではないのか、といった視点も重要である。

その後、患者にケミカル・コーピングについての教育を行う。ケミカル・コーピングの結果、嗜癖（精神依存）に至るリスク、オピオイドの副作用のリスク、ケミカル・コーピングの治療計画などを説明する。患者が納得すれば、治療契約（単一施設での処方、時間外追加処方をしていないなど）を結ぶ。嗜癖（精神依存）と異なり、この契約がスムーズにいくことが多いのが、ケミカル・コーピングの特徴である。対応に難しい場合は、必要に応じて精神依存の専門家などへの相談や併診を検討する場合もある。

患者がどのような病気（診断名）をもっているかを明らかにさせることを目指すのではなく、どのような患者が病気をもっているかを知るために、心理社会的背景を含めて、患者のつらさ（広義の痛み）を理解しようとする医療者の姿勢が求められる。

（松岡弘道）

■ 文 献

- 1) Bruera E, MacMillan K, Hanson J, et al. The Edmonton staging system for cancer pain: preliminary report. *Pain* 1989; 37: 203-9
- 2) Del Fabbro E. Assessment and management of chemical coping in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1734-8
- 3) Kwon JH, Tanco K, Park JC, et al. Frequency, predictors, and medical record documentation of chemical coping among advanced cancer patients. *Oncologist* 2015; 20: 692-7
- 4) Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med* 2005; 6: 432-42
- 5) Castañeda AM, Lee CS, Kim YC, et al. Addressing opioid-related chemical coping in long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a multicenter, observational, cross-sectional study. *J Clin Med* 2018; 7: 354

コラム 5

早い死を願うがん患者の評価と対応

長くサイコオンコロジー領域の臨床に従事している精神科医、心療内科医、心理士、専門看護師など精神保健の専門家であれば、必ずといっていいほど、患者の「死んでしまいたい」といった言葉に出会ったことがあるのではないだろうか？ なかでも治癒が望めない進行終末期の患者からこういった言葉を聞くことが多い。背景にある要因に関しては、すでに多くの論文があり、痛みなどの身体症状、抑うつをはじめとした精神症状、家族をはじめとした周囲からのサポートの乏しさ、時として生きる意味を問う実存的な苦痛など多彩な症状が存在することが明らかにされている。そういった意味では、早い死を願うがんの患者の「評価」をどのようにすべきという問いに対しては、身体症状、精神症状、ソーシャルサポート、実存的な苦痛などを念頭に個別性に鑑みながら、包括的な評価を行うという結論になる。そして、医療として提供できるケアがあればそれを提供する、というのが「対応」になる。

本コラムでは論を一步進めて、一部欧米諸国を中心に法制化が進む安楽死や自殺幫助について、精神症状に対する是非も含めて考えてみたい。2022年9月13日に、著名な映画監督のジャン＝リュック・ゴダール氏が、自殺幫助により、スイスで亡くなったと報道された。新聞報道によるとゴダール氏の母国フランスでは安楽死や自殺幫助が認められていないため、スイスに渡って死を迎えたとのことであり、強い衝撃をもってこのニュースを聞いた方も多いのではないだろうか。

わが国の現状はどうであろうか？ 東海大学附属病院で起こったケース（昏睡に陥っていた終末期の多発性骨髄腫の患者に、家族の強い要請もあり、塩化カリウムを注射して死亡させた）に対する横浜地裁の判決時に、意図的に死を早める「積極的安楽死」が許容される要件として、(1) 耐え難い肉体的苦痛の存在、(2) 死期が迫っている、(3) 苦痛を除去、緩和する代替手段が他にない、(4) 患者自身の明らかな意思表示の存在、を示している。つまりこれら4要件を満たしていれば、安楽死を行っても違法性を棄却される可能性が高いということである。わが国におけるこれまでの判例をもとに考えると、肉体的苦痛でない、うつ病を含めた精神的苦痛に対しては、間接的なものも含めて安楽死、ひいては自殺幫助は法的には許容されないと思われる（間接的安楽死：苦痛除去・緩和のために医療行為の副作用により生命の短縮を伴うこと）。日本では、まだまだこういった議論はタブー視されているようにも思うが、遠くない将来、わが国でもこういった議論を行うことが求められるのではないだろうか。個人史を書かせていただくと、私は精神科医として、安楽死や自殺幫助に比較的明確に反対していたように思う。一方では、医療や自身の限界を感じることも多くなり、また自身がより俯瞰的な見方をするようになったこともあってか、徐々にこれらを是認する方向に傾きつつある自分がいることに気づく。この経緯や背景、自身の思考過程の変化を記載するにはとても紙幅が足りないので、もし興味をもっていただけた方には、精神症状、なかでもうつ病をはじめとした抑うつ状態を念頭に置いた鎮静や安楽死の是非について精神科医として現時点での考えをまとめた他著をぜひご覧いただきたい¹⁾。そのなかで以下のように書かせていただいた（わかりやすくするために少し行間を補ったりしている）。

「私自身は、精神医学的には、鎮静であれ安楽死の希望であれ、それそのものは何らかの診断を前提にしたものではないので、心理学的のみならず、身体的にも、その背景を利用可能なすべてのデータ、病歴を参考にして、可能であれば複数の専門家で詳細に評価し、「了解」（筆者注：ヤスパスの了解概念のことを指す）できるものなのか、背景に精神医学的な診断が存在しないかなどの評価を行うプロセスを経て、最終的な見立てを行うということに尽きるのではないかと感じた。そして、それをもとに治療可能性を多職種で決定するというプロセスになるのではないかと思われるが、いずれにしても個々の事情が成育歴や周囲におかれた状況が異なるので極めて個別性が高く、したがって、単純に是か非かという判断を下しにくい。そういった意味で、法が、命を何よりも重視する、生命の絶対的不可侵性をとる立場は理解できるが、とはいえ、個別的に考えると、精神の苦しみに関して生命の短縮の可能性がある場合に、その違法性を棄却できないと言い切れるものではないのではないかと思う。

個別性が高いということは、言い換えると、鎮静であれ、安楽死であれ、医師による自殺補助であれ、「うつ病」の苦悩の深さを考えた場合、改善の余地がないとその当時の医学が判断するのであれば、それらを容認せざるを得ない状態、つまり合理性を有する状況があるのではないか、というのが私個人の結論である。」

以上の内容はサイコオンコロジーや精神医学を代表した意見ではなく、全くの「私見」であることにご留意いただきたい。なお、欧米では、最近、終末期に際して自発的に飲食を中止して死期を早めようとする voluntarily stopping eating and drinking (VSED) も倫理的、法的な側面で話題になっている。

(明智龍男)

■ 文 献

- 1) 明智龍男. 抑うつ状態の患者に鎮静、安楽死を提供することは許容されるのか？—サイコオンコロジーの立場から、鎮静と安楽死のグレーゾーンを問う(森田達也, 田代志門 編著). 中外医学社, 東京, 2023

コラム 6

気持ちのつらさと発達障害

近年、がん患者の臨床現場では、成人の発達障害が注目されている。もともと発達障害をかかえる人は、年齢を重ねるにつれてその特性は目立たなくなることが多い。ただし、例えば入院で環境が一変し、治療や検査など未経験かつ不確かなことが連続すると、本来の発達特性(想像力の欠如やこだわりの強さなど)を基盤として気持ちのつらさを生じることがある。したがって、医療者が気持ちのつらさを認めるがん患者のアセスメントを行う際、発達障害の視点をもつことは、適切な対応を行ううえで極めて有用と考えられる。その理由は、うつ病であればその重症度に応じた薬物療法などを行うが、もし発達障害に起因する精神症状であれば適応障害の色合いが強く、医療者の対応の工夫によって症状の改善が見込めるからである。

かつてWing¹⁾は、いわゆる自閉症の三徴として、①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害(こだわり)の3つを提唱した。まず、①社会性の障害とは、人への関わり方が一方的だったり、他者と感情を共有することが困難だったりすることである。次に、②コミュニケーションの障害とは、一見すると他者とのやりとりに支障はないが、話が回りくどかったり、独特の言い回しをしたりするなど、その「質」が問題となる。そして、③想像力の障害では、こだわりが強く臨機応変な対応が困難なため、急な予定変更などを契機としてメンタル不調に陥りやすくなる。

以上より、気持ちのつらさをかかえたがん患者で、その様子やエピソードなどからこれらの特徴がみられた場合、発達障害の特性が強いと考えられるため、薬物療法よりも非薬物的な対応を優先することになるが、その際にポイントとなるのは「構造化」という概念である。構造化とは、患者が理解・安心しやすい環境設定や対応を行うことを意味する。患者は、入院すると一度に多くの情報が入るため、発達障害の特性が強い場合は混乱をきたしやすい。そこで、これらの情報をわかりやすく整理することは、患者の理解や行動のサポートにつながるのである。

構造化には、①環境調整、②スケジュールの共有、③視覚化の3つがある。例えば、想像力の障害という特性によって先の見通しがもてずに不安をきたしている場合、③の「視覚化」を意識して関わるのがよい。つまり、スケジュールや約束事などを口頭のみで伝えるのではなく、紙に書いたものを用いながら、できるだけ短い言葉で具体的に説明する。そして、絵や図表、写真などを利用したり、箇条書きにまとめてたり、重要な箇所はアンダーラインや色で目立たせたりといった工夫が有効である。

ただし、構造化はあくまでも入院中に生じる患者の困り感を少なくするために行うものであり、決して医療者が患者の行動を厳しく管理し画一化するためのものではない。また、心理検査を行って発達障害の診断をつけることや安易なラベリングなども厳に慎むべきで、医療者が患者に対する誤解や偏見をもたないようにしたい。がん患者の臨床現場では、発達障害の「診断」をつけることが重要なのではなく、あくまでも「支援」という視点をもつことが大切である。

(井上真一郎)

参考文献

- 1) Wing L. Autistic spectrum disorders. BMJ 1996; 312: 327-8