

6 「気持ちのつらさ」のケアの概略

1) 支援の内容、提供者、連携のあり方

精神・心理的問題に対する支援は、一般的に、①精神・心理に関する専門的支援、②専門性が高くなく、医療で広く提供する一般的支援、③医療外資源による支援、④家族や友人などによる支援（インフォーマルな支援）、などに大別できる。気持ちのつらさの程度には幅があり、それに応じて、上記の①～④のどの支援を提供するかを判断する。一般的に、重症度や複雑性が高いほど専門的支援（①）の必要性が高まる。

がん医療においては、主治医チーム（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、作業療法士など）が、患者の気持ちのつらさに最初に対応するチームとなる。主治医チームは、気持ちのつらさに関する一般的支援（以下、「すべての医療者が実践すべき対応」。上述の②に相当）を提供しながら、より専門的な支援（以下、「気持ちのつらさに対する特定の介入」。上述の①に相当）の必要性を評価し、その提供を検討する。「気持ちのつらさに対する特定の介入」は、精神科医、心療内科医、心理士、精神看護専門看護師などの精神・心理領域の専門家によって提供されることが多いが、具体的な担当者は状況により異なる。各医療機関の体制や、患者を取り巻く環境によって柔軟に分担・分業することが求められる。病院内外のその他の支援（患者会、サポートグループなど。上述の③に対応）、本人のセルフマネジメント、家族や友人などによる支援（上述の④）も重要な支援である（図1）。

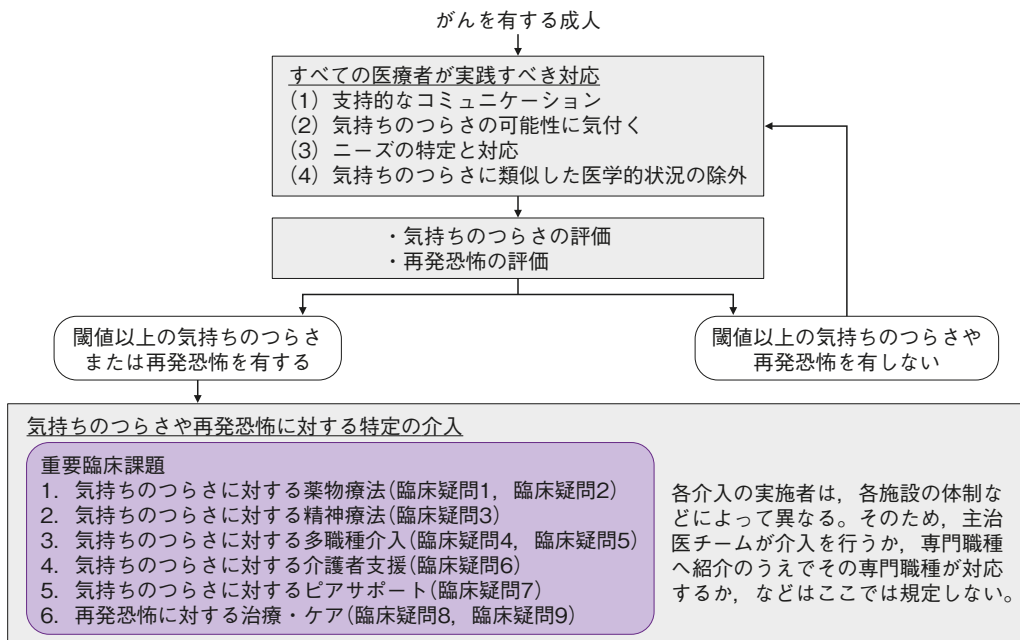


図1 がん患者における「気持ちのつらさ」への対応の流れ

気持ちのつらさの重症度が一定以上（「閾値以上の気持ちのつらさ」）の場合に、「気持ちのつらさに対する特定の介入」の提供を検討する必要性が高い。「閾値以上の気持ちのつらさ」とは、①患者自身が気持ちのつらさを強く感じている、②気持ちのつらさのために日常生活に支障がある（家事や仕事ができない、生活が楽しめないなど）、③そのような状態が数週間以上続いている、といった状態像であり、临床上は、気持ちのつらさに関する標準化された評価尺度などでカットオフ値（基準値）を超えた状態や、精神疾患の診断基準を満たす状態に相当する（図2）。逆に、閾値以下の気持ちのつらさに対しては、通常は、「気持ちのつらさに対する全般的な対応」が適応となると考えられる。

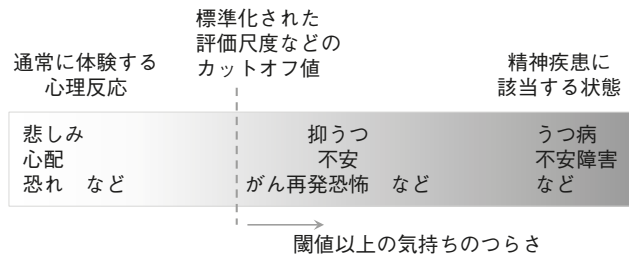


図2 気持ちのつらさのスペクトラムと「閾値以上の気持ちのつらさ」
 [日本緩和医療学会・日本サイコオンコロジー学会。緩和ケア継続教育プログラムPEACEプロジェクト資料および Massie MJ. Psycho-Oncology. Oxford; 1998 を参考に作成]

2) すべての医療者が実践すべき対応

気持ちのつらさに対して、すべての医療者が実践すべきことには、以下が含まれる。

(1) 支持的なコミュニケーション

すべての医療者は、患者・家族の心情に配慮し、支持・傾聴を基本として接する必要がある。患者・家族のニーズや理解に合わせて、病状や治療に関して十分に情報提供を行うことは、気持ちのつらさを和らげることに有益である。説明の後は、理解の確認を行い、心配事や困りごとを明確化することも有益である。また、気持ちのつらさについて、「多くの人が経験する正常な反応であってほとんどの場合に自然に和らぐこと」などと説明し、患者・家族に安心を与える。詳細は、Ⅱ章-7「すべての医療者が実践すべき対応 (1) 支持的なコミュニケーション」や、『がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン 2022年版』（金原出版）も参照のこと。

(2) 臨床的介入が必要な気持ちのつらさの可能性に気付く

臨床的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）に対して、医療者が敏感であることは重要である。それには、①患者の言動から気持ちのつらさの存在を疑う、②気持ちのつらさの簡易評価（スクリーニング）を行う、などの方法がある。

気持ちのつらさは患者自らが表出しない場合もあるため、スクリーニングをルーチンに行うことが推奨される。特に、気持ちのつらさを生じやすい治療の転機の場合で実施する。ス

クリーニングによって気持ちのつらさの存在が疑われた場合、より詳細な評価を行って、閾値以上の気持ちのつらさの存在を確定する。詳細は、Ⅱ章-5「気持ちのつらさの評価方法」を参照のこと。

(3) ニーズの特定と対応

気持ちのつらさは、満たされないニーズが存在する際に生じることが多い。気持ちのつらさの背景にあるさまざまなニーズ（身体的ニーズ、情報ニーズ、社会的ニーズ、性的ニーズ、スピリチュアル・ニーズなど）を多面的に把握して対応する。ニーズの評価の詳細は、Ⅱ章-7「すべての医療者が実践すべき対応 (2) 包括的アセスメント」を参照のこと。検出したニーズに対して、医療者自身がすべてに対応する必要はなく、関連する職種を紹介するなど、多職種で連携して対応する。身体疾患や医療サービスに対する十分な情報提供（オリエンテーション）は、がん患者の不安の軽減に有効である¹⁾。

(4) 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外

気持ちのつらさやそれに類似する症状をきたす医学的病態を鑑別（除外）することは、医療者の重要な役割である。具体的には、Ⅱ章-7「すべての医療者が実践すべき対応 (3) 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外」を参照のこと。

上記はすべての医療者が実践すべきであるが、既述したように、各施設の体制やスタッフの余力や能力によって、分担のあり方は変わってくる。

また、(1)～(4)の各事項は相補的である。例えば、スクリーニングによって気持ちのつらさを疑わせる症状が検出された場合、ただちに精神・心理支援の専門家に紹介するのではなく、背後のニーズや、未解決の医学的な問題がないかを検討することは大切である。

3) 気持ちのつらさに対する特定の介入

(1) 特定の介入対応が必要な気持ちのつらさ

気持ちのつらさは、正常範囲の心理的反応から重篤な精神状態までさまざまである。原則としてすべての患者に上述の「2) すべての医療者が実践すべき対応」を提供するべきであるが、一部の患者に対しては、さらに、気持ちのつらさに対する特定の介入が必要となる。

本ガイドラインでは気持ちのつらさへの特定の介入は以下に大別できると考えた；①薬物療法、②精神療法（心理療法、サイコセラピー）、③多職種で行う包括的な介入、④患者の家族に働きかける介入、⑤医療行為以外の対応（ピアサポートなど）。その他にセルフマネジメントも挙げられたが、セルフマネジメントには多種多様な内容が含まれ（コラム⑨「セルフマネジメント」参照）、内容の標準化が困難と考えられたため、本ガイドラインでは扱わないこととした。結果として、本ガイドラインでは以下を重要臨床課題と臨床疑問（clinical questions：CQ）として扱うこととした。

【重要臨床課題 1. 気持ちのつらさの治療・ケア：薬物療法】

臨床疑問 1. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、抗不安薬を投与することは推奨されるか？

臨床疑問 2. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、抗うつ薬を投与することは推奨されるか？

薬物療法については、向精神薬のなかで抑うつ、不安に最も頻繁に使われる抗不安薬、抗うつ薬の2種類について臨床疑問を立てた。

【重要臨床課題 2. 気持ちのつらさの治療・ケア：精神療法】

臨床疑問 3. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、精神療法（心理療法、サイコセラピー）は推奨されるか？

精神療法は、薬物療法と並ぶ主要な精神医学的治療である。

【重要臨床課題 3. 気持ちのつらさの治療・ケア：多職種介入】

臨床疑問 4. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、協働的ケアは推奨されるか？

臨床疑問 5. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、早期からの専門的緩和ケア（進行・再発のがんと診断された患者に対する早期からの専門的緩和ケアサービスによる包括的ケア）は推奨されるか？

多職種介入にはさまざまな形態があり、比較的確立したケアモデルに、段階的ケア (stepped care) や協働的ケア (collaborative care) がある。段階的ケアは、協働的ケアのモデルの一つに位置づけることができ^{2,3)}、協働的ケアは、臨床研究において国際的に確立したケアモデルと考えられた。また、緩和ケアは多職種ケアの代表例であり⁴⁾、特に、がん診断早期からの緩和ケアは、がん対策推進基本計画でも取り上げられていて、わが国の臨床で重要な多職種介入のケアモデルと考えられた。そのため、本重要臨床課題では、協働的ケアと早期からの緩和ケアの2つを取り上げることにした。

【重要臨床課題 4. 気持ちのつらさの治療・ケア：介護者支援】

臨床疑問 6. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者において、患者の気持ちのつらさの軽減を目的として、介護者に対する心理社会的介入は推奨されるか？

介護者（家族介護者）は患者を支える重要な役割を果たしており、がん患者の家族に働きかけることによって、患者自身のアウトカムを変えることができるかどうかは重要な臨床課題と考えられた。なお、検索の過程で、介護者に対する介入には、介護者と患者の両方を同時に対象としたプログラムと、介護者単独を対象としたプログラムとがあることがわかり、それぞれを臨床疑問 6-1、6-2 として扱うことにした。

【重要臨床課題 5. 気持ちのつらさの治療・ケア：ピアサポート】

臨床疑問 7. 閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として、ピアサポートは推奨されるか？

がん患者の気持ちのつらさに対しては、医療機関外のリソースも重要である。ピアサポート⁵⁻⁷⁾は全国各地で組織されており、ピアサポートに関する研修事業も厚生労働省委託事業として行われていることから、その有用性を明確にしておくことが重要と考えられた。

【重要臨床課題 6. 再発不安・恐怖の治療・ケア】

臨床疑問 8. 成人がん患者に対して、再発恐怖の軽減を目的として、精神療法（心理療法，サイコセラピー）は推奨されるか？

臨床疑問 9. 再発恐怖を有する成人がん患者に対して、精神療法（心理療法，サイコセラピー）以外に有効な介入方法はあるか？

がん再発不安・恐怖は、がん患者の気持ちのつらさに含まれるものの、一般的な抑うつ、不安と異なる概念として、固有の評価方法が開発されつつある⁸⁾。そこで、本ガイドラインでは、がん再発不安・恐怖への介入は、別の重要臨床課題として扱った。予備的レビューにより、がん再発不安・恐怖に対する精神療法については多くの効果研究が行われている一方で、その他の介入法は散発的であると想定されたため、それぞれを2課題に分け、後者については、背景疑問として扱うこととした。

4) それ以外の介入

実際の診療では、患者の精神・心理状態に応じて、本ガイドラインに記載した介入以外の対応も検討する必要がある。本ガイドラインに沿った対応でも症状が改善しない場合、深刻な希死念慮がある場合、重篤な精神疾患が疑われる場合などは、精神科などの精神・心理の専門家に相談しながら対応する必要がある。

(藤澤大介)

■ 文 献

- 1) Thomas R, Daly M, Perryman B, et al. Forewarned is forearmed—benefits of preparatory information on video cassette for patients receiving chemotherapy or radiotherapy—a randomised controlled trial. *Eur J Cancer* 2000; 36: 1536-43
- 2) Li M, Kennedy EB, Byrne N, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology* 2017; 26: 573-87
- 3) Menear M, Dugas M, Careau E, et al. Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord* 2020; 263: 528-39
- 4) Haun MW, Estel S, Rucker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD011129
- 5) Walshe C, Roberts D. Peer support for people with advanced cancer: a systematically constructed scoping review of quantitative and qualitative evidence. *Curr Opin Support Palliat Care* 2018; 12: 308-22
- 6) Hoey LM, Ieropoli SC, White VM, et al. Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 315-37
- 7) Hu J, Wang X, Guo S, et al. Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2019; 174: 325-41
- 8) Butow P, Sharpe L, Thewes B, et al. Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. *Oncology (Williston Park)* 2018; 32: 32-8