

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 4

がん患者における 気持ちのつらさガイドライン

2024年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターシップケア学会

金原出版株式会社

©日本サイコオンコロジー学会／日本がんサポーターシップケア学会, 禁無断転載, 発行:金原出版

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 4

がん患者における 気持ちのつらさガイドライン

2024年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターズケア学会

金原出版株式会社

©日本サイコオンコロジー学会／日本がんサポーターズケア学会，禁無断転載，発行：金原出版

Psychological Distress in Cancer Patients : JPOS–JASCC Clinical Practice Guidelines

edited by

Japan Psycho-Oncology Society
Japanese Association of Supportive Care in Cancer

©2024

All rights reserved.

KANEHARA & Co., Ltd., Tokyo Japan

Printed in Japan

日本サイコオンコロジー学会 ガイドライン策定委員会

統括委員会

委員長	奥山 徹*	名古屋市立大学医学部附属西部医療センター精神科／緩和ケアセンター〔精神科医〕
副委員長	貞廣 良一*	国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科〔精神科医〕
委員	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〔精神科医〕
	稲垣 正俊*	島根大学医学部精神医学講座〔精神科医〕
	内富 庸介	東京慈恵会医科大学がんサバイバーシップ・デジタル医療学講座〔精神科医〕
	吉内 一浩	東京大学医学部附属病院心療内科〔心療内科医〕

気持ちのつらさ小委員会

委員長	藤澤 大介*	慶應義塾大学医学部医療安全管理部／精神神経科〔精神科医，公認心理師〕
副委員長	藤森麻衣子*	国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部／行動科学研究部〔臨床心理士，公認心理師〕
	吉川 栄省*	日本医科大学医療心理学教室〔精神科医〕
委員	浅海くるみ	東京工科大学医療保健学部看護学科〔看護師〕
	阿部 晃子	横浜市立大学附属病院緩和医療科〔緩和ケア医，精神科医〕
	荒井 幸子	横浜市立大学附属病院薬剤部〔薬剤師〕
	五十嵐友里	東京家政大学人文学部／埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック〔臨床心理士，公認心理師〕
	市倉加奈子	北里大学医療衛生学部保健衛生学科〔臨床心理士，公認心理師〕
	今井 晶子	市民委員
	采野 優	京都大学医学部附属病院緩和医療科〔緩和ケア医〕
	大谷 弘行	聖マリア病院緩和ケア内科〔緩和ケア医〕
	岡島 美朗	自治医科大学附属さいたま医療センター〔精神科医〕
	岡村 優子	国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部〔精神科医〕
	茅野 綾子	国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科〔臨床心理士，公認心理師〕
	倉田 明子	広島大学病院精神科／緩和ケアセンター〔精神科医〕
	小早川 誠	広島赤十字・原爆病院精神科〔精神科医〕
	佐藤 温	弘前大学大学院医学研究科腫瘍内科学講座〔腫瘍内科医〕
	竹内 恵美	国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部〔臨床心理士，公認心理師〕
	田村 法子	慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室／医学教育統轄センター〔臨床心理士，公認心理師〕
	西口 洋平	キャンサーベアレンツ〔患者団体代表〕 [†]
	馬場 知子	自治医科大学附属さいたま医療センター看護部〔臨床心理士，公認心理師〕

久村 和穂	金沢医科大学医学部公衆衛生学／石川県がん安心生活サポートハウス〔社会福祉士〕
松本 禎久	がん研究会有明病院緩和治療科〔緩和ケア医〕
樺野 香苗	名古屋市立大学大学院看護学研究科〔看護師〕
柳井 優子	国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科〔臨床心理士，公認心理師〕

外部評価委員会

那須淳一郎	岡山済生会総合病院内科
松本 陽子	NPO 法人愛媛がんサポートおれんじの会
山本 瀬奈	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

デルファイ委員会

家 研也	聖マリアンナ医科大学（日本プライマリ・ケア連合学会）
稲田 修士	埼玉県立がんセンター心療内科（日本心身医学会）
井上 彰	東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野（日本癌学会）
岩満 優美	北里大学大学院医療系研究科医療心理学（日本心理学会）
内田まやこ	同志社女子大学薬学部臨床薬学教育研究センター（日本臨床腫瘍薬学会）
大森 哲郎	社会医療法人あいざと会藍里病院あいざと精神医療研究所（日本精神神経学会）
片山 英樹	岡山大学病院（日本臨床腫瘍学会）
狩野 太郎	群馬県立県民健康科学大学看護学部（日本がん看護学会）
小山 敦子	医療法人春秋会城山病院心療内科（日本心療内科学会）
酒見 惇子	神戸大学医学部附属病院緩和ケアチーム／がん相談室（がん相談支援センター相談員研修専門家パネル）
佐々木千幸	国立がん研究センター中央病院看護部（日本緩和医療学会）
清水亜紀子	京都文教大学臨床心理学部（日本心理臨床学会）
高瀬 久光	順天堂大学医学部附属浦安病院薬剤科（日本緩和医療薬学会）
高野 悠子	名古屋大学医学部附属病院化学療法部（日本癌治療学会）
堀 輝	福岡大学医学部精神医学教室（日本うつ病学会）
前田 留里	NPO 法人京都ワーキング・サバイバー（全国がん患者団体連合会）
松原 敏郎	山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座（日本総合病院精神医学会）
向原 徹	国立がん研究センター東病院腫瘍内科（日本がんサポーターブケア学会）

執筆協力者

秋月 伸哉*	がん・感染症センター都立駒込病院精神腫瘍科・メンタルクリニック
石田 真弓	埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科
伊藤 嘉規	名古屋市立大学病院臨床心理室
井上真一郎*	新見公立大学健康科学部看護学科
梅澤 志乃	東邦大学医療センター大森病院看護部
大舘 孝治	島根大学医学部精神医学講座
大庭 章	医療法人赤城会三枚橋病院
小川 朝生	国立がん研究センター東病院精神腫瘍科
越智 英輔	法政大学生命科学部・大学院スポーツ健康学研究科
小野 聡子	札幌医科大学附属病院医療連携福祉センター
木村 宏之	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野
齋藤 円	市立ひらかた病院精神科／緩和ケア科
酒井 美枝	名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学
四宮 敏章	奈良県立医科大学附属病院緩和ケアセンター
清水 研	がん研究会有明病院腫瘍精神科
白石 恵子	九州がんセンターサイコオンコロジー科
鈴木 伸一	早稲田大学人間科学学術院
瀧本 慎之	東京大学大学院医学系研究科医療倫理学 東京大学医学部附属病院心療内科／患者相談・臨床倫理センター
谷向 仁	名古屋市立大学大学院看護学研究科精神保健看護学
街 勝憲	法政大学スポーツ研究センター
所 昭宏	国立病院機構近畿中央呼吸器センター心療内科／支持・緩和療法チーム
西村 勝治	東京女子医科大学医学部精神医学講座
蓮尾 英明	関西医科大学心療内科／緩和ケアセンター
原島 沙季	東京大学医学部附属病院心療内科
平井 啓	大阪大学大学院人間科学研究科
福井 里美	東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域成人看護学領域
福森 崇貴	徳島大学大学院社会産業理工学研究部
保坂 隆	保坂サイコオンコロジー・クリニック
増田 昌人	琉球大学病院がんセンター
松岡 弘道*	国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科
松岡 豊	国立がん研究センターがん対策研究所
松島 英介	しろかねたかなわクリニック
村上 好恵	慶應義塾大学看護医療学部
和田 信	大阪国際がんセンター心療科（精神腫瘍科）

作成協力者（システマティックレビュー補助）

井村里穂	浜松医科大学
石田陽菜	国立精神・神経医療研究センター
神野遥香	医療法人ラック

作成協力者（文献検索担当）

逸見麻理子	一般財団法人国際医学情報センター
佐藤友里恵	慶應義塾大学信濃町メディアセンター

（五十音順）

* 日本がんサポーターティブケア学会サイコオンコロジー部会と兼任

† 所属は 2020 年当時

発刊にあたって

一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
代表理事 秋月伸哉

“がんと診断された患者の気持ちのつらさはどのようなもので、どのような支障があり、どのようにケアを提供しなければいけないのか”，という命題は1970年代にサイコオンコロジーという学問が発足した時から連綿と続く課題です。がん患者の気持ちのつらさは、診断直後から治療後、もしくは終末期まで続き、時に精神医学的診断がつくレベルの負担であり、患者のみならず家族にとっても問題であるなどということが研究により明らかになっています。このような気持ちのつらさにどう対応すればよいかの問題には、がん診療にかかわる医療者、がん患者・家族自身それぞれが日々直面しています。

日本サイコオンコロジー学会は、日本がんサポーターズケア学会と協力して、Minds 診療ガイドライン作成マニュアルに基づくガイドライン作成を進めており、これまでせん妄、遺族ケア、コミュニケーションのガイドラインを発刊してきました。「気持ちのつらさ」はサイコオンコロジーにとっても最も重要なテーマの一つとして、4本目のガイドラインです。

うつ病など精神疾患に対する診療ガイドラインは各種発刊されていますが、がんという大きなストレスにさらされ続けている患者の通常反応を含む心理状態にどのように対応するかの見解は様々です。十分とはいえないまでも幅広い研究があり、個人が日々勉強するだけでは網羅することができません。このガイドラインの一つの役割は、体系的な文献レビューと気持ちのつらさへの効果を含めた包括的な議論をもとに、現状で役立てるべき介入を明らかにすることです。そしてこれらを明らかにしたその次の課題は、推奨される介入について、それを必要とするがん患者に提供できるような医療体制をつくること、介入技法をもったサイコオネロジスト育成などです。もう一つの役割は、明らかになっていないことを示し、今後の研究課題を提案することです。まだどのような介入が役立つかわからない状態のつらさを抱えた患者さんに光を届けられるよう、新たな研究開発を行わなければいけません。

本ガイドラインは、気持ちのつらさに対する現状での最善の推奨を示すとともに、今後の気持ちのつらさへの対策を考える出発点でもあります。がんに伴う気持ちのつらさに苦しむ患者、家族のつらさをやわらげ、よりよい人生を送るための一助になることを願い、日本サイコオンコロジー学会としてはさらなる努力を続けていきます。

2024年8月

発刊にあたって

一般社団法人 日本がんサポーターケア学会
理事長 山本信之

日本がんサポーターケア学会（JASCC）は2015年に設立され、「がん医療における支持医療をその教育、研究、診療を通して確立し、国民の福祉（Welfare）に寄与する」ことをビジョンとして掲げております。これらを達成するためのミッションには、「適切ながん支持医療の普及・促進」「標準治療の情報発信」「医療従事者・患者・その家族の教育」「国内外のがん関連の学術団体との連携」を含めており、本学会において、支持医療に関するガイドライン・ガイダンスの発信は、極めて重要な事業となります。

既に、15の書籍を発刊済みではありますが、この中の5つは他団体との共同編集となっております。特に、日本サイコオンコロジー学会とは、「がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ」として、3つの書籍を共同編集させていただいており、本書は、このシリーズの4番目の書籍となります。また、JASCCは、その学術的な活動母体として17の部会を設置しており、その中の、藤森麻衣子先生、内富庸介先生を中心とするサイコオンコロジー部会が、本書の作成に関わらせていただきました。

さて、エビデンスに基づくガイドラインとしては、本書中盤以降のⅢ章の9つの臨床疑問がその本体となります。支持医療の多くの分野は、客観的なエンドポイントの設定が難しく、高いエビデンスの臨床試験を実施することは、困難を極めます。結果として、十分なエビデンスの確実性に基づく推奨ができない項目が多数を占めることになります。ただ、そのような状況であるからこそ、支持医療にはエビデンスを超えた診療が必要であり、本書は、それを行う上での現状を、正確・客観的に把握していただくために、最も役に立つ成書の一つではないかと考えております。また、本書のⅡ章には、がん医療における「気持ちのつらさの位置づけ」からチーム医療まで、がん患者さんの気持ちのつらさを知り判断する上での基本事項が網羅されており、本書をご理解いただく上で、最も重要な部分となっておりますので、ぜひご通読いただけますと幸いです。

最後に、評価が困難ですが非常に重要な指標である「がん患者の気持ちのつらさ」に関して、現状が包括的かつ客観的にまとめられた本書の作成に関わった方々に感謝いたします。

2024年8月

「気持ちのつらさガイドライン」の発刊にあたって

東京大学医学部附属病院心療内科
吉内一浩

本ガイドラインの開発におきましては、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「実装を視野に入れたがん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの開発研究」（課題番号：20EA1012）の助成を受けて開発されました。この補助金の研究代表者を私が務めさせていただいておりましたので、一言ご挨拶をさせていただきたいと存じます。

本補助金は、2020年度開始のプロジェクトで、がん患者さんの不安（再発恐怖を含む）・抑うつ、不眠、コミュニケーションの診療ガイドラインの開発が含まれており、コミュニケーションに関しましては、すでに2022年に発刊されております。本補助金のプロジェクトの不安（再発恐怖を含む）・抑うつに関する部分が、今回の「気持ちのつらさガイドライン」として発刊されることになりました。

本ガイドラインの臨床疑問は9つですが、総論や今後の課題を含めると350ページ近い力作となっています。臨床の現場でも、本ガイドラインの発刊に対する期待の大きさを感じる場面も多かったのですが、この充実した内容に、読者の方々のご期待に沿うものと自負しております。

最後になりますが、本プロジェクトの藤澤大介委員長、藤森麻衣子副委員長、吉川栄省副委員長、ならびに委員の先生方、外部評価委員の先生方など、ご協力いただきました全ての方々に深謝申し上げます。

2024年8月

利益相反の開示

【経済的 COI 開示方針】

- ・日本医学会の指針に基づく基準を用いて、過去7年分を申告した。
- ・提出のフォーマットは、日本サイコオンコロジー学会（JPOS）の申告書を用いた。
- ・製薬メーカーなどの競争的資金なども、COIの対象とした。
- ・主任教授、部門責任者などの立場にある場合、教室（部門）全体に入った資金とみなされる場合はCOIとして開示する。

・開示項目：

- ①役員・顧問職（100万円以上）
- ②株（利益100万円以上/全株式5%以上）
- ③特許使用料など（100万円以上）
- ④講演料など（50万円以上）
- ⑤パンフレットの執筆など（50万円以上）
- ⑥研究費（100万円以上）
- ⑦奨学寄付金（100万円以上）
- ⑧寄附講座所属
- ⑨その他報酬（5万円以上）

【学術的（アカデミック）COI 開示方針】

- ・2021年以降2023年12月末までに全国規模以上の学術団体およびそれに準ずるものの理事、監事以上の役職に就いている場合はアカデミックCOIとして開示する。
- ・2021年以降2023年12月末までにガイドラインおよびそれに準ずるものにメンバーとして関わった場合はアカデミックCOIとして開示する。

【組織的 COI 開示方針】

- ・過去3年間に遡って日本サイコオンコロジー学会に対して、資金（教育または研究支援金、寄附金、共同研究費など）提供を行った第三者組織・団体がある場合、組織的COIとして開示する。

【経済的 COI および学術的 COI】

	氏名 (所属)	経済的 COI 申告内容	学術的 COI 申告内容		ガイドライン作成の役割		
			学術団体の理事・ 監事以上の役職	ガイドライン	役職	ガイドライン 担当領域	システマティック レビュー担当領域
統括委員会	奥山徹 (名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)	該当なし	JPOS 理事	JPOS せん妄ガイドライン（統括）、コミュニケーションガイドライン(統括)、遺族ケアガイドライン（統括）	委員長	統括・指揮・最終決定	—
	貞廣良一 (国立がん研究センター)	開示項目⑥ SGH	—	JPOS せん妄ガイドライン（統括）、コミュニケーションガイドライン(統括)、遺族ケアガイドライン（統括）	副委員長	統括	—
	明智龍男 (名古屋市立大学)	開示項目④ 医学書院、武田薬品工業、ファイザー	JPOS 理事	JPOS せん妄ガイドライン（統括）、コミュニケーションガイドライン(統括)、遺族ケアガイドライン（統括）	委員	統括	—
	稲垣正俊 (島根大学)	開示項目④ ヴィアトリス、武田薬品工業 開示項目⑥ 第一生命ホールディングス 開示項目⑦ 大塚製薬	JPOS 理事	JPOS せん妄ガイドライン（統括）、コミュニケーションガイドライン(統括)、遺族ケアガイドライン（統括）	委員	統括	—

	氏名 (所属)	経済的 COI 申告内容	学術的 COI 申告内容		ガイドライン作成の役割		
			学術団体の理事・ 監事以上の役職	ガイドライン	役職	ガイドライン 担当領域	システマティック レビュー担当領域
統括委員会	内富庸介 (東京慈恵会医科大学)	開示項目⑥ アフラック, サ スメド, 塩野義 製薬, 第一三共, Meiji Seika ファ ルマ	JPOS 監事	—	委員	統括	—
	吉内一浩 (東京大学)	開示項目⑦ 金子書房	JPOS 理事, 日本 心身医学会理事, 日本心療内科学会 理事, 日本女性心 身医学会理事, 日 本行動医学会理 事, 日本自殺予防 学会理事, 日本交 流分析学会理事, 日本自律訓練学会 理事, 日本摂食障 害学会理事	JPOS-せん妄ガイ ドライン (統括), コ ミュニケーションガ イドライン(統括), 遺族ケアガイドラ イン (統括)	委員	統括	—
気持ちのつらさ小委員会	藤澤大介 (慶應義塾大学)	開示項目④ エーザイ, 吉富 薬品, MSD 開示項目⑦ エーザイ	JPOS 理事, 日本 認知療法・認知行 動療法学会理事 長, 公認心理師の 会理事, 国際サイ コオンコロジー学 会理事, アジア認 知行動療法学会理 事	—	委員長	統括, 総論	—
	藤森麻衣子 (国立がん研究セン ター)	該当なし	JPOS 特任理事	JPOS コミュニケー ションガイドライン (副委員長), 遺族ケ アガイドライン (副 委員長)	副委員長	—	—
	吉川栄省 (日本医科大学)	該当なし	—	—	副委員長	臨床疑問 7 (ピア サポート), 総論	臨床疑問 7 (ピア サポート)
	浅海くるみ (東京工科大学)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 6 (介護 者への介入), 総 論	臨床疑問 6 (介護 者への介入)
	阿部見子 (横浜市立大学附属 病院)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 5 (早期 からの緩和ケア), 総論	臨床疑問 5 (早期 からの緩和ケア)
	荒井幸子 (横浜市立大学附属 病院)	該当なし	—	日本緩和医療学会 がん患者の消化器症 状の緩和に関するガ イドライン (改訂 WPG 員)	委員	臨床疑問 1 (抗不 安薬), 臨床疑問 2 (抗うつ薬)	同左
	五十嵐友里 (東京家政大学)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 3 (精神 療法), 総論	臨床疑問 3 (精神 療法)
	市倉加奈子 (北里大学)	開示項目⑥ カシオ科学振興 財団助成金 開示項目⑨ クリニカルスタ ディサポート(ア ドバイザリー契 約)	JPOS 理事, 日本 行動医学会理事, 全国公衆衛生関連 学協会連絡協議会 理事	—	委員	臨床疑問 3 (精神 療法), 総論	臨床疑問 3 (精神 療法)
	今井晶子	該当なし	—	—	委員	—	—

	氏名 (所属)	経済的 COI 申告内容	学術的 COI 申告内容		ガイドライン作成の役割		
			学術団体の理事・ 監事以上の役職	ガイドライン	役職	ガイドライン 担当領域	システマティック レビュー担当領域
気持ちのつらさ小委員会	采野優 (京都大学)	該当なし	—	JPOS 遺族ケアガイドライン (委員), 日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (改訂 WPG 員), 日本栄養治療学会 がん患者診療のための栄養治療ガイドライン総論編 (委員)	委員	臨床疑問 5 (早期からの緩和ケア), 総論	臨床疑問 5 (早期からの緩和ケア)
	大谷弘行 (聖マリア病院)	該当なし	—	JPOS コミュニケーションガイドライン (委員)	委員	臨床疑問 3 (精神療法), 総論	臨床疑問 3 (精神療法)
	岡島美朗 (自治医科大学附属さいたま医療センター)	該当なし	JPOS 理事, 日本集団精神療学会副理事長	JPOS コミュニケーションガイドライン (委員)	委員	臨床疑問 4 (協働的ケア), 総論	臨床疑問 4 (協働的ケア)
	岡村優子 (国立がん研究センター)	該当なし	JPOS 理事	JPOS コミュニケーションガイドライン (副委員長)	委員	臨床疑問 6 (介護者への介入), 総論	臨床疑問 6 (介護者への介入)
	茅野綾子 (国立がん研究センター)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 3 (精神療法), 総論	臨床疑問 3 (精神療法)
	倉田明子 (広島大学病院)	該当なし	—	日本サイコオンコロジー学会 遺族ケアガイドライン (副委員長)	委員	臨床疑問 1 (抗不安薬), 臨床疑問 2 (抗うつ薬)	同左
	小早川誠 (広島赤十字・原爆病院)	該当なし	JPOS 理事	—	委員	臨床疑問 1 (抗不安薬), 臨床疑問 2 (抗うつ薬)	同左
	佐藤温 (弘前大学)	開示項目④ 大鵬薬品工業, 中外製薬 開示項目⑦ 小野薬品工業, 第一三共, 大鵬薬品工業, 中外製薬, 日本イーライリリー	日本がんサポーターティブケア学会理事	日本胃癌学会 胃癌治療ガイドライン (委員), 日本癌治療学会 G-CSF 適正使用ガイドライン (改訂 WG 員)	委員	—	—
	竹内恵美 (国立がん研究センター)	該当なし	—	JPOS 遺族ケアガイドライン (副委員長)	委員	臨床疑問 8/9 (再発恐怖), 総論	臨床疑問 8/9 (再発恐怖)
	田村法子 (慶應義塾大学)	該当なし	—	—	委員	—	—
	西口洋平 (キャンサーベアレンツ)	該当なし	—	—	委員	—	—
	馬場知子 (自治医科大学附属さいたま医療センター)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 4 (協働的ケア), 総論	臨床疑問 4 (協働的ケア)
	久村和穂 (金沢医科大学)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 7 (ピアサポート), 総論	臨床疑問 7 (ピアサポート)

氏名 (所属)		経済的 COI 申告内容	学術的 COI 申告内容		ガイドライン作成の役割		
			学術団体の理事・ 監事以上の役職	ガイドライン	役職	ガイドライン 担当領域	システマティック レビュー担当領域
気持ちのつらさ小委員会	松本植久 (がん研究会有明病院)	開示項目④ 第一三共	日本緩和医療学会 理事	—	委員	臨床疑問 5 (早期 からの緩和ケア), 総論	臨床疑問 5 (早期 からの緩和ケア)
	樺野香苗 (名古屋市立大学)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 8/9 (再 発恐怖), 総論	臨床疑問 8/9 (再 発恐怖)
	柳井優子 (国立がん研究セン ター)	該当なし	—	—	委員	臨床疑問 3 (精神 療法), 総論	臨床疑問 3 (精神 療法)
外部評価委員会	那須淳一郎 (岡山済生会総合病 院)	該当なし	—	—	委員	—	—
	松本陽子 (NPO 法人愛媛が んサポートおれん じの会)	該当なし	—	JPOS せん妄ガイ ドライン (デルファイ 委員), 日本癌治療 学会 制吐薬適正 使用ガイドライン (改 訂 WG 員)	委員	—	—
	山本瀬奈 (大阪大学)	該当なし	—	日本がんサポーティ ブケア学会 がん薬 物療法に伴う末梢神 経障害診療ガイドラ イン (文献レビュー 委員)	委員	—	—

[組織的 COI]

年	第三者組織・団体などの名称	内訳	提供額 (年)	対象となる事業活動
2022	ファイザー株式会社	奨学寄附金	166 万円 (2022)	オンラインコミュニケーション技術研修会事業
2023			166 万円 (2023)	
2024			166 万円 (2024)	

(五十音順)

目次

I 章 はじめに

1	ガイドライン作成の経緯と目的	2
1.	ガイドライン作成の経緯	2
2.	ガイドラインの目的	3
2	ガイドラインの使用上の注意	4
1.	使用上の注意	4
2.	構成とインストラクション	6
3	エビデンスの確実性（質・強さ）と推奨の強さ	7
1.	エビデンスの確実性（質・強さ）	7
2.	推奨の強さ	8
3.	推奨の強さとエビデンスの確実性（強さ）の臨床的意味	8

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	10
2	気持ちのつらさの定義と症状	13
1	「がん患者における気持ちのつらさ」の定義	13
2	気持ちのつらさの症状	15
1.	気持ちのつらさの症状の概略	15
2.	抑うつ・うつ病	16
3.	不安	17
4.	適応障害	18
5.	睡眠症状	20
6.	再発恐怖	21
7.	がん患者における精神医学的診断の留意事項	24
8.	アルコール，薬物の問題	26
9.	その他の精神障害	32
3	がん医療における気持ちのつらさの疫学と重要性	37
1.	気持ちのつらさの頻度と影響	37
2.	再発恐怖の評価と影響	40
3.	自殺・希死念慮の頻度，リスク因子	42

4 気持ちのつらさの背景	46
1 気持ちのつらさに関連する要因（心理モデル）	46
2 病期・各治療段階など、各場面に特有の気持ちのつらさと対応の考え方	50
1. 診断直後	50
2. 治療中	51
3. 再発・根治不能の告知とその後	52
4. 終末期	54
5. 遺伝子診断・遺伝カウンセリング	56
3 世代や背景特有の問題と対応の考え方	60
1. AYA 世代	60
2. 高齢者	65
3. 家族	67
5 気持ちのつらさの評価方法	70
1. どういった時に気持ちのつらさの存在を考えるか	70
2. スクリーニング	71
3. 問診法	73
4. 自己記入式評価尺度	75
5. 他の精神疾患との鑑別と必要な検査	78
6. 見立て（成育歴、心理社会的状況の評価など）	83
6 「気持ちのつらさ」のケアの概略	96
7 すべての医療者が実践すべき対応	101
1. 支持的なコミュニケーション	101
2. 包括的アセスメント	104
3. 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外	106
4. 家族への関わり方・連携	108
5. 専門家への依頼を考える時	111
8 薬物療法	115
1. 気持ちのつらさに対する薬物療法の考え方	115
2. がん患者を含む身体疾患患者の精神症状に対する薬物療法	118
3. 抗うつ薬	122
4. 抗不安薬	127
5. 睡眠薬	130
6. その他（抗精神病薬など）	133
9 非薬物療法	136
A 精神療法（心理療法、サイコセラピー）	136
1 がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法	136
2 具体的なアプローチ	140
1. リラクゼーション法	140
2. 支持的精神療法	142

3. がん患者に対する問題解決療法	144
4. 精神分析的・精神力動的な精神療法	147
5. 認知行動療法	150
6. 行動活性化療法	152
7. アクセプタンス&コミットメント・セラピー	154
8. マインドフルネス	156
9. がん患者における集団精神療法	158
10. ディグニティセラピー	160
11. 回想法・ライフレビュー	163
12. CALM	166
13. Meaning-centered Psychotherapy	168
14. IoT を用いた精神療法	172
Ⅱ その他の介入	175
1. 協働的ケア	175
2. 早期からの緩和ケア	177
3. 家族介入	182
4. がんピアサポート	184
10 チーム医療	198
1. 多職種の連携と分担	198
2. 看護師の関わり	201
3. 心理士の関わり	203
4. 病院管理者の立場からみた病院組織としての関わり	206

Ⅲ章 臨床疑問

臨床疑問の推奨における留意点	212
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？	214
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？	221
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？	230
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？	246

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？ 254

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？ 268

臨床疑問 6-1

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、がん患者と介護者の双方に対する心理社会的介入は推奨されるか？

臨床疑問 6-2

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、気持ちのつらさの軽減を目的として、介護者のみに対する心理社会的介入は推奨されるか？

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？ 287

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？ 301

臨床疑問（背景疑問） 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？ 317

IV章 ガイドライン作成過程と今後の課題

1 本ガイドラインの作成過程	322
1. 概要	322
2. 臨床疑問の設定	322
3. システムティックレビュー	323
4. 妥当性の検証	325
5. 日本サイコオンコロジー学会、日本がんサポーターズケア学会の承認	326
2 今後の検討課題	327
1. 今回の版で対応しなかったこと	327
2. 総論などで取り扱うことを検討する必要があること	327
3. 臨床疑問や推奨について、今後さらに検討が必要なこと	327
4. 新たな臨床疑問に設定することが望ましいテーマ	328
索引	329

Column

コラム 1	スピリチュアルペイン	35
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	86
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	87
コラム 4	ケミカル・コーピング	89
コラム 5	早い死を願うがん患者の評価と対応	93
コラム 6	気持ちのつらさと発達障害	95
コラム 7	気持ちのつらさと倫理	113
コラム 8	運動（身体活動）の抑うつ症状に対する効果	191
コラム 9	セルフマネジメント	193
コラム 10	補完代替療法（CAM）：ヨガ，鍼灸，その他	195
コラム 11	医療者カンファレンス（多職種カンファレンス）の開催方法	209



◆文献検索式（ホームページに掲載）

https://www.kanehara-shuppan.co.jp/_data/books/10209/01.pdf

臨床疑問・推奨一覧

各推奨文には、当該のページに留意事項が記載されている。適用にあたっては、その留意事項を必ず参照すること。

番号 介入内容 (頁)	臨床疑問	推奨文	推奨の強さ	エビデンス の確実性 (強さ)
臨床疑問 1 抗不安薬 (P214)	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？	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を提案する。ただし、本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案して個別的なケアも検討し、抗不安薬を使用する場合もこれらと組み合わせることが望ましい。また、長期的な使用は避けることが望ましい。	2 (弱い)	D (非常に弱い)
臨床疑問 2 抗うつ薬 (P221)	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？	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、うつ病などの診断に相当すれば、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を提案する。抗うつ薬の使用にあたっては、実施に関わる検討事項を十分に理解し、必要に応じて精神保健の専門家に相談することが望ましい。	2 (弱い)	C (弱い)
臨床疑問 3 精神療法 (P230)	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？	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）を実施することを提案する。	2 (弱い)	B (中程度)
臨床疑問 4 協働的ケア (P246)	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？	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、協働的ケアを実施することを推奨する。	1 (強い)	A (強い)
臨床疑問 5 早期からの緩和ケア (P254)	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？	早期からの専門的緩和ケアはQOLの向上や症状の緩和を目的として進行・再発（根治不能）と診断されたすべてのがん患者に考慮されるべき介入である。 しかし、閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした直接的なエビデンスがないことから、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は早期からの専門的緩和ケアのみで対応しないことを提案する。 本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。	2 (弱い)	D (非常に弱い)

(つづく)

番号 介入内容 (頁)	臨床疑問	推奨文	推奨の強さ	エビデンス の確実性 (強さ)
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？	—	—	—
6-1 患者と介護者の双方に対する心理社会的介入 (P268)	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、 <u>がん患者と介護者の双方に対する心理社会的介入</u> は推奨されるか？	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は、 <u>患者と介護者の双方に対する心理社会的介入</u> のみで対応しないことを提案する。 本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。 ただし、 <u>患者と介護者の双方に対する心理社会的介入</u> は、介護者の気持ちのつらさの軽減、QOL の改善、家族関係の改善などを目的として実施されることもあり、そのような目的で行うことを妨げるものではない。	2 (弱い)	D (非常に弱い)
6-2 介護者のみに対する心理社会的介入 (P270)	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、気持ちのつらさの軽減を目的として、 <u>介護者のみに対する心理社会的介入</u> は推奨されるか？	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は、 <u>介護者のみに対する心理社会的介入</u> のみで対応しないことを提案する。 本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。 ただし、 <u>介護者のみに対する心理社会的介入</u> は、介護者の気持ちのつらさの軽減や患者のQOL の改善などを目的として実施されることもあり、そのような目的で行うことを妨げるものではない。	2 (弱い)	D (非常に弱い)
臨床疑問 7 ピアサポート (P287)	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？	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、ピアサポートを単独では行わないことを提案する。 本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。	2 (弱い)	D (非常に弱い)
臨床疑問 8 再発恐怖への精神療法 (P301)	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？	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）を実施することを提案する。	2 (弱い)	A (強い)
臨床疑問 (背景疑問)9 再発恐怖への精神療法 以外の介入 (P317)	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？	精神療法（心理療法、サイコセラピー）以外に再発恐怖を軽減させる介入方法として報告があったのは運動プログラムの研究 1 件のみであった。有効な介入方法については今後さらなる研究が必要であると考えられる。	—	—



I 章 はじめに



1

ガイドライン作成の経緯と目的

1 ガイドライン作成の経緯

『がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024 年版』（以下、本ガイドラインとする）は日本サイコオンコロジー学会（Japan Psycho-Oncology Society：JPOS）と日本がんサポーターシップケア学会（Japanese Association of Supportive Care in Cancer：JASCC）の合同プロジェクトとして策定した。日本サイコオンコロジー学会とは、がんに関連した心理・社会・行動的側面について科学的な研究と実践を行い、がん患者とご家族により良いケアを提供していくことを目指している学会である。サイコオンコロジー（Psycho-Oncology）とは、サイコロジー（Psychology：心理学）やサイカイアトリー（Psychiatry：精神医学）という言葉の「サイコ」と、オンコロジー（Oncology：腫瘍学）という言葉からの造語で、「精神腫瘍学」と翻訳されている。日本サイコオンコロジー学会は1987年に創設され、今日までがん医療における心理社会的ケアについて、その専門家を中心にさまざまな情報発信を行ってきた。

日本がんサポーターシップケア学会とは、がん医療における包括的な支持療法を教育、研究、診療を通して確立し国民の福祉に寄与することを基本理念とする学会である。日本がんサポーターシップケア学会では、さまざまな支持療法に関する最新の知見を収集し、現時点における最も適切な診療指針を発信していくことを重要な役割の一つとして位置づけている。

両学会は互いに密接に連携し、がん患者の心理社会的支援に関する適切な診療指針の作成・公表やセミナー開催などの活動を通して、わが国のがん医療における良質な「こころのケア」の均てん化を目指している。

近年の医学の進歩には著しく、さまざまな疾患や問題に対して日々新しい知見が生み出されており、がん患者への精神心理的ケアについても例外ではない。がん患者における精神心理的支援においては、広くがん患者に関わるすべての医療者が適切な一次的ケアを提供できることが何より重要である。しかしがん医療と同様に本領域においても新規知見は膨大にあり、精神・心理的支援を専門領域としない医療者がすべての新しい知見に精通することは現実的に不可能である。そこで日本サイコオンコロジー学会と日本がんサポーターシップケア学会では、すべての医療者ががん患者に対してエビデンスに基づく適切な精神心理的ケアを提供できるようになるための一助として、「がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ」という精神心理的問題に関する診療ガイドラインの作成に取り組んできた。

日本医療機能評価機構（Minds）では、診療ガイドラインを「健康に関する重要な課題について、医療利用者と提供者の意思決定を支援するために、エビデンスのシステマティックレビューによりエビデンス総体を評価し、益と害のバランスを考慮して、最適と考えられる推奨を提示する文書」と定義している。診療ガイドラインの作成において最も大切なことは信頼性である。その信頼性を確保するためには、個人の恣意的な考えのみで記載されるので

はなく、エビデンスに基づいて科学的な判断がなされること、そして作成プロセスそのものに普遍性と透明性が担保されていることが重要である。この信頼性を確保するために、日本サイコオンコロジー学会と日本がんサポーターケア学会では、Minds による『診療ガイドライン作成マニュアル』に則ってガイドラインを作成しており、これまでに「がん患者におけるせん妄ガイドライン」「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」「遺族ケアガイドライン」（いずれも 2022 年、金原出版）を上梓してきた。

2 ガイドラインの目的

医療の長足の進歩により、がんに罹患することは必ずしも死に直結しない。しかし、かつてがんの死亡率が非常に高かったために、社会的にはがん＝死との認識が残っており、がんの診断を受けることは、依然として患者に強い精神心理的衝撃をもたらす。また、一度治癒しても再発をすると根治を望めなくなる疾患の特性から、「再発への恐怖」を経験することもある。さらに、現在でも一部のがん種や再発したがんは予後が不良であるために、病の過程において強い精神心理的苦痛が生じることもある。

現在のがん医療においては、生存やがんの縮小といったハードアウトカムのみならず、生活の質（quality of life：QOL）や自覚症状といった患者報告アウトカムも重要なアウトカムと位置づけられるようになっている。特に精神心理的苦痛は頻度が高く、強い苦痛をもたらすこと、患者の QOL が大きく悪化されることなどから、その緩和はがん医療における重要なゴールの一つである。

そこで本ガイドラインでは、がん医療に携わる医療者を広く対象として、がん患者における精神心理的苦痛について、その最新の知見を総括したうえで評価と標準的対応について示し、患者のつらさが緩和されることを目的とした。また、このがん患者における精神心理的苦痛について、なるべく包括的な情報を提供するために、総論の部分も充実させることとした。

（奥山 徹，貞廣良一）

2

ガイドラインの使用上の注意

1 使用上の注意

1) ガイドラインの対象とした診療行為

本ガイドラインでは、がん患者の精神心理的苦痛の軽減を目的として、一般的に選択肢となりうる診療行為を扱うこととした。具体的には薬物療法、精神療法など、精神心理的苦痛の軽減を主目的として実施される診療行為のほか、早期からの緩和ケア、ピアサポートなど、精神心理的苦痛の軽減以外を主目的として実施されることが多いものの、精神心理的苦痛の軽減も期待できる介入をも扱うこととした。

なお、精神療法と類似の言葉として心理療法がある。わが国では歴史的に、精神療法は医学的領域、心理療法は心理学領域で使われてきた面があるが、どちらも psychotherapy（サイコセラピー）という同じ英単語の訳語であり、同義である。

そこで本ガイドラインでは、精神療法という用語を統一して用いることとした。

2) 対象者

本ガイドラインの対象者は、わが国で治療を受けるつらさを有する成人がん患者とした。

3) 本ガイドラインが取り扱う結果指標

抑うつや不安といった症状は日常的にも経験するものであり、それらの症状があっても必ずしも医療として対応が必要なものではない。しかし、うつ病や適応障害といった診断に相当するような、一定期間以上持続し、日常生活に支障を及ぼすような強い精神心理的苦痛には緩和が必要である。本ガイドラインにおいては、そのような臨床的にケアを要する精神心理的苦痛を中心に扱う。なおこれ以降、本ガイドラインでは精神心理的苦痛については「気持ちのつらさ」という用語を用いる。これら用語の定義については、Ⅱ章 総論の「2. 気持ちのつらさの定義と症状」(P13)、Ⅲ章 臨床疑問の「臨床疑問の推奨における留意点」(P212)に詳述しているので、参照されたい。

「気持ちのつらさ」にもさまざまな表現形があるが、がん医療において最も頻度が高く、また研究がなされているのが抑うつ（depression）、不安（anxiety）、全般的心理的苦痛（general psychological distress）であるため、本ガイドラインでは主にこれらの症状を結果指標として扱う。

なお、本ガイドラインにおける推奨にあたっては、一義的な「気持ちのつらさ」に関する指標のみならず、患者およびその家族・介護者の安寧や QOL の維持・向上も含めて総合的な判断を心がけた。

4) 本ガイドラインにおける精神科診断

本ガイドラインにおける精神科診断は、DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition）に則った。本診断基準は、2023年にDSM-5-TR（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision）へと改訂されたが、本ガイドライン出版時点でDSM-5-TRがまだがん医療の現場では十分に浸透していないと判断し、DSM-5を採用した。

5) 使用者

本ガイドラインにおいて想定している使用者は、対象患者を診療する医師、心理士、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど、がん診療に携わるすべての医療者である。

6) 個別性の尊重

本ガイドラインは、患者の個別性を無視した画一的なケアを推奨するものではない。本ガイドラインは最新のエビデンスを科学的に評価し、また普遍性を担保したプロセスを用いて開発しているが、ガイドラインを個々の患者へ適用するにあたっては、診療にあたる医療者・医療チームが患者の個別性に十分配慮し、責任をもって行うべきである。

7) 定期的な再検討の必要性

ガイドラインが最新のエビデンスが日常臨床に活用されるようにする目的で作成される以上、常に最新のエビデンスを基に記述を再検討し、一定期間で改訂していく必要がある。

ガイドラインは原則として3年に一度改訂を行う。改訂責任者である日本サイコオンコロジー学会代表理事が、ガイドライン策定委員会気持ちのつらさ小委員会を改編し、小委員会で重要臨床課題および臨床疑問の見直し、既存の臨床疑問に関するエビデンスの更新を行う。日常臨床に重大な影響を及ぼす新知見が確認された場合などには、部分改訂を行い、速やかに公開する。

8) 責任

本ガイドラインの内容については日本サイコオンコロジー学会および日本がんサポーターシップケア学会が責任を有する。個々の患者への適用については、患者を直接担当する医療者が責任を有する。

9) 利害関係

本ガイドライン作成にあたっては、日本サイコオンコロジー学会および日本がんサポーターシップケア学会、厚生労働省科学研究費補助金から費用が拠出されており、ガイドラインで扱われている内容に利害関係のある団体はもちろん、その他の団体からの資金提供も受けていない。

ガイドライン作成に関わる委員は、日本サイコオンコロジー学会利益相反委員会によって利益相反の有無について評価を行い、問題がないことを確認したうえで日本サイコオンコロジー学会理事会による承認を得て選出されている。

10) 普及、活用、効果の評価

論文発表、学会研修会などを通じてガイドラインの普及、活用に努めるとともに、診療ガイドラインの改訂に向けて活用による効果の評価を行う。

2 構成とインストラクション

「Ⅰ章 はじめに」では、本ガイドラインの目的、使用上の注意について述べるとともに、本ガイドラインで用いたエビデンスの確実性と推奨の強さについて、その決定方法や解釈などについて説明を加えた。

「Ⅱ章 総論」では、がん患者における「気持ちのつらさ」の定義、疫学、背景、評価方法、対応などの知見について包括的に概説した。また、エビデンスが限られているが一般的に臨床的に有益と思われる情報については、コラムとして簡潔にまとめた。

「Ⅲ章 臨床疑問」では、がん患者における「気持ちのつらさ」の緩和を考えるにあたり、しばしば遭遇する臨床疑問について、エビデンスを基に解説し、推奨を明らかにした。

「Ⅳ章 ガイドライン作成過程と今後の課題」では、本ガイドラインの作成過程を記録するとともに、各臨床疑問において用いた文献検索式などを掲載した。さらに、今回のガイドラインでは十分に扱うことができなかった点などを今後の検討課題としてまとめた。

(奥山 徹，貞廣良一)

3

エビデンスの確実性（質・強さ）と
推奨の強さ

1 エビデンスの確実性（質・強さ）

エビデンスの確実性とは、ある特定の推奨を検討するうえで、当該の治療効果の推定値に対する確信がどの程度適切であるかを示すものである。本ガイドラインでは、「Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020」に従ってエビデンスの確実性を決定した。まず、広義のエビデンスに対する評価を「エビデンスの確実性」とした。臨床疑問ごとにシステマティックレビューを行い、（推奨を考慮しない段階で）効果指標の確実性に対する確信を指す用語として「エビデンスの確実性（質）」という言葉を用いた。次いで、推奨作成段階では、推奨を支持する強さに対する確信という意味で「エビデンスの確実性（強さ）」という言葉を用いた。エビデンスの確実性（強さ）は研究デザインによってのみ定義されるわけではなく、研究と推奨との関連も加味したうえで決定される点に注意が必要である。

個別研究のエビデンスの確実性（質）の評価は研究デザインを出発点とした。具体的には、ランダム化比較試験の場合には、エビデンスの確実性（質）は「強」を基準として評価を開始し、エビデンスの確実性（質）を下げる項目として「バイアスリスク」「非直接性」について評価しエビデンスの確実性（質）を決定することとした。一方、観察研究のエビデンス評価は、エビデンスの確実性（質）は「弱」を基準として評価を開始し、ランダム化比較試験の場合と同様に評価を行うとともに、「介入による大きな効果」「用量-反応勾配」「可能性のある交絡因子による効果の減弱」により、エビデンスの確実性（質）を「弱」から「中」あるいは「強」に上げることも検討した。

そのうえで、採用されたエビデンスの全体（エビデンス総体）としてのエビデンスの確実性（質）の評価を「バイアスリスク」「非直接性」に加えて、「非一貫性」「不精確」「出版（報告）バイアス」の観点から行い、最終的に表1「エビデンス総体のエビデンスの確実性（質）」のように評価した。また臨床疑問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？」では定量的システマティックレビュー（メタアナリシス）を行い、エビデンスの確実性（質）の参考とした。

なお臨床疑問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？」は、治療や病態などにおける一般的知識に対する疑問、いわゆる背景疑問であるため、エビデンスの確実性の評価は行わなかった。

表1 エビデンス総体のエビデンスの確実性（質）

A（強）	効果の推定値に強く確信がある
B（中）	効果の推定値に中程度の確信がある
C（弱）	効果の推定値に対する確信は限定的である
D（非常に弱い）	効果の推定値がほとんど確信できない

2 推奨の強さ

推奨の強さは、「アウトカム全般に関する全体的なエビデンスの確実性（質）」「益と害のバランス」「推奨の強さの評価の際に考慮すべき項目（患者の価値観や好み、負担の確実さ、コストや資源の利用）」を考慮して決定した。「推奨の強さ」は、表2に示す1または2とした。

表2 推奨の強さ

1：（強く推奨する）	実施する/しないことを推奨する
2：（弱く推奨する，提案する）	実施する/しないことを提案する

3 推奨の強さとエビデンスの確実性（強さ）の臨床的意味

これにより，推奨文としては，推奨の強さ（1，2）と推奨を支持する強さに対する確信としてのエビデンスの確実性（強さ）（A，B，C，D）（表3）とを組み合わせた定式を用いて記述した（表4）。なお，実際の推奨文においては，弱い推奨を「提案する」と表現することとした。原則としてわが国における標準的な治療を推奨することとしたが，必ずしも保険適用ではない場合があることに注意する必要がある。

表3 エビデンス総体のエビデンスの確実性（強さ）

A（強）	効果の推定値が推奨を支持する適切さに強く確信がある
B（中）	効果の推定値が推奨を支持する適切さに中程度の確信がある
C（弱）	効果の推定値が推奨を支持する適切さに対する確信は限定的である
D（非常に弱い）	効果の推定値が推奨を支持する適切さにほとんど確信できない

表4 推奨文

1A	根拠のレベルが高く，治療を行う（または，行わない）ことを推奨する
1B	根拠のレベルが十分ではないことを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを推奨する
1C	根拠が不足していることを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを推奨する
1D	根拠が不確実であることを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを推奨する
2A	根拠のレベルが高く，治療を行う（または，行わない）ことを提案する
2B	根拠のレベルは十分ではないことを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを提案する
2C	根拠が不足していることを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを提案する
2D	根拠が不確実であることを理解したうえで，治療を行う（または，行わない）ことを提案する

（奥山 徹，貞廣良一）



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いて、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ージメント推奨：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ージメントを推奨。 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 つらさのマネー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おり、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

2

気持ちのつらさの定義と症状

1 「がん患者における気持ちのつらさ」の定義

「気持ちのつらさ psychological distress」とは、つらい気持ちに伴う心身の状態を広く示す用語である。「気持ちのつらさ」はさまざまなストレスから生じる。ストレスには、人生上の大きな出来事（例えば、事故、失職、死別・離別など）と、日々のこまごました要因（例えば、長時間労働、人間関係のあつれき、慢性疾患に伴う生活上の困難など）が含まれる。がん患者特有のストレス要因には、疾患（がん）に関する重大な病状告知を受けることや、疾患や治療に伴う人生・生活上の変化などが含まれる。「がん患者における気持ちのつらさ」（厳密には、「がん患者特有の気持ちのつらさ」とは、「がんやがん治療に対する不快な心身の反応」と定義できよう。

「気持ちのつらさ」の症状は、大きく分けて、抑うつ（落ち込み）、不安（心配、恐怖などを含む）、怒りのカテゴリーを含んでおり、感情（気分）、認知（思考）、行動、身体各領域の症状を含んでいる。

「気持ちのつらさ」の程度には幅がある。日常生活で誰もが体験する程度の心理反応（例えば、悲しみ、心配）から、生活に困難をきたす程度の心理状態（例えば、抑うつ、不安）、さらには、精神医学的診断に該当する程度の状態（うつ病、不安障害など）まで、広い範囲を含んでいる（“スペクトラム”である）（図1）。

「気持ちのつらさ」という用語は、「抑うつ」などの精神医学的・心理学的な用語と比較して、患者・家族や非専門家に理解されやすく、受け入れられやすく、偏見が少なく、患者からの表出に基づいて評価できる（精神・心理の専門家による判断を必須としない）、精神疾患に該当しない患者に対しても臨床では精神・心理的ケアが求められる、などの理由から、国際的に広く用いられており^{1,2)}、本ガイドラインもそれに準じた。

通常に体験する 心理反応	精神疾患に 該当する状態
悲しみ 心配 恐れ など	抑うつ 不安 がん再発恐怖 など
	うつ病 不安障害 など

図1 気持ちのつらさのスペクトラム

〔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〕

（藤澤大介）

■ 文 献

- 1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 1. 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2023年12月24日閲覧)
- 2) Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, et al. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, Toronto, 2015

2 気持ちのつらさの症状

1 気持ちのつらさの症状の概略

「気持ちのつらさ」は、つらい気持ちに伴う心身の状態を広く示す用語であり、感情（気持ち）、認知（思考）、行動、身体各領域の症状を含む。図2に、気持ちのつらさの症状の例を示した。

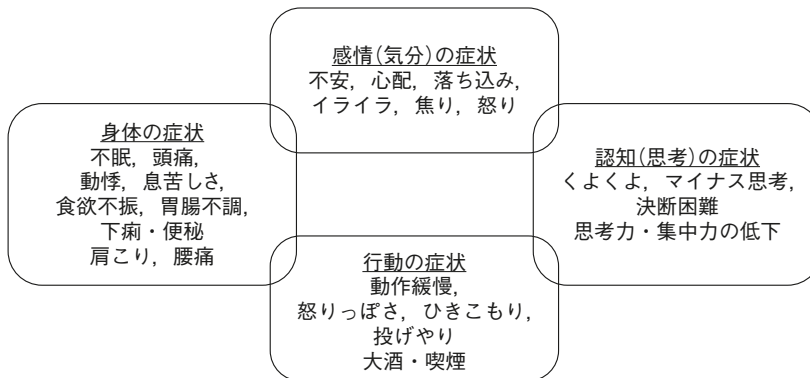


図2 気持ちのつらさの症状の例

気持ちのつらさを評価する際には、①症状、②状態像、③精神医学的診断、の3つのレベルで理解するとわかりやすい。表1に例を示す。

「気持ちのつらさ」にはさまざまな症状が含まれるが、「抑うつ」と「不安」に大別できる。また、がん罹患者に特有の現象として、「がん再発恐怖」がある。これらの不快な心理反応を包括して、「全般的心理的苦痛（または、全般的な気持ちのつらさ）」（general psychological distress）と呼ぶことがある。

表1 気持ちのつらさの症状・状態・診断の例

	症状	状態像	精神医学的診断
（身体疾患における例）	発熱・咳嗽	気道感染	細菌性肺炎
例1	心配、そろそろ	不安状態	該当なし （正常範囲の不安）
例2	不安、落ち込み、不眠	不安・抑うつ状態	適応障害
例3	落ち込み、食思不振、不眠、 集中力低下、希死念慮	抑うつ状態	うつ病 （大うつ病性障害）

（藤澤大介）

2 抑うつ・うつ病

抑うつは、①気持ちの落ち込み、②意欲の低下、を中核とする症状群であり、ストレスとなる要因を経験した後は誰もが経験しうる症状である。一般的な反応(正常範囲の心理反応)では、ストレス要因の直後は、いわば“頭が真っ白”になって実感がわからないこともあるものの、次第に実感を伴って事態を認識するようになり、落ち込み、意気消沈、不眠、食思不振、集中困難、絶望感などの抑うつ症状をきたす。しかし、多くの場合は、2週間程度の期間が過ぎると、現実を受け入れ、問題に取り組む意欲を取り戻すとともに、気分は改善し始める。しかし、一部のケースでは、抑うつ症状が一般に想定されるより重かったり長かったりする。そのように、症状や機能障害が比較的重篤で、一定期間以上持続し、一定の診断基準を満たす場合を「うつ病」(正式名称は大うつ病性障害)と呼ぶ。大うつ病性障害の診断基準の概略を表2¹⁾に示す。

その他、がん患者においては、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ようとししない)、恐怖または抑うつ的な表情や姿勢、社会的ひきこもりや発話減少、くよくよ、自己憐憫、悲観主義、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、などの、他覚的な症状も抑うつ状態を示唆することがわかっており²⁾、介入が必要な患者の同定に役立つ。

逆に、正常範囲の心理反応としての抑うつ症状は、以下の点で、うつ病と区別できる。

- ①症状や機能障害が重度でない
- ②時間や日により変動しやすく、気分の変動が、日々の出来事と密に関連している
- ③保証や励ましによって気分が改善する
- ④自己無価値感、著しい罪責感、広範な悲観的考え、が(ほとんど)ない
- ⑤希死念慮はあっても一過性で計画性を伴わない
- ⑥救済の希求が高い(助けを求めようとする)

うつ病の診断基準は満たさないが、ストレス要因に伴って、抑うつや不安をきたし、それ

表2 大うつ病性障害の診断基準

以下のすべてを満たす。

- A. 以下の9つの症状のうち5つ以上がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間以上持続し、そのうち1つが、1ないし2である。
 - 1. 抑うつ気分
 - 2. 興味または喜びの喪失
 - 3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
 - 4. 不眠あるいは睡眠過多
 - 5. 精神運動性の焦燥または制止(沈滞)
 - 6. 易疲労感または気力の減退
 - 7. 無価値感または過剰(不適切)な罪責感
 - 8. 思考力や集中力の減退または決断困難
 - 9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図
- B. 症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- C. これらの症状は一般身体疾患や物質依存(薬物またはアルコールなど)では説明できない。

[アメリカ精神医学会 著、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。pp160-1、医学書院、2014¹⁾より作成]

が、一般的に想定されるより程度が強かったり、期間が長かったりする場合は、適応障害（後述）と診断される。

（藤澤大介）

文献

- 1) 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
- 2) 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

3 不安

不安とは、「危険が迫っている」という認識に関連する心理・身体的な反応で、漠然とした恐れ的情感が続く状態である。表3に示すような、感情、認知、行動、身体面の特徴を示す。医療の場では、身体症状や行動上の問題の形で顕在化することがある。例えば、（不安に伴う）動悸や呼吸苦で救急外来を受診する、必要な医療行為を避ける（例：検査を受けに来ない）、怒りっぽく医療者と衝突する、考えがまとまらず治療上の意思決定ができない、などである。

表3 不安の諸症状

- ・感情：不安、恐怖、焦り、イライラ、など
- ・認知：心配、マイナス思考、考えの堂々めぐり、集中困難、など
- ・行動：落ち着かなさ、怒りっぽさ、不安の対象からの回避、頻回の確認、飲酒や喫煙の増加、など
- ・身体（交感神経亢進症状）：不眠、動悸、息苦しさ、胃腸不調、頭痛・腰痛、など

医学的に説明がつかない身体愁訴、客観的所見に比して過度にみえる身体症状、繰り返される医療上のトラブル、なども、背景に未解決の不安症状がある可能性がある。

恐れの対象がより特定（限定）されている場合は、「恐怖」という用語を用いる。閉所恐怖、嘔吐恐怖などがその例である。医療の場では、MRIなどの閉鎖的空間を恐れる、嘔吐を恐れて食事を過度に避ける、などの形で表れる。「がん再発恐怖」については、本ガイドラインの別項を参照のこと。

強い不安や恐怖を経験すると、そのような状況に近づくだけで強い不安や恐怖を感じ（予期不安）、そのような場所や状況を避けるようになりやすい（回避行動）。

不安や恐怖は、危険と認識した事象に対する人間の自然な反応であるが、その反応が通常想定されるよりも強かったり長引いたりし、強い苦痛や機能障害をきたした場合に、不安障害（不安障害）や適応障害と診断される。特定のパターンの症状を有し一定の診断基準を満たす場合には不安障害、不安障害の診断基準は満たさないものの、不安症状やそれに伴う機能障害が当該の状況から通常予測される反応の程度を明らかに超えている場合は適応障害（不安を伴うもの）の診断となる（詳細は「適応障害」の項を参照）。不安障害とその類縁疾患の概要¹⁾を表4に示す。

表 4 各不安障害や類縁疾患の概略

パニック障害
パニック発作（顕著な交感神経亢進症状）の繰り返し
身体症状（交感神経症状）に起因する，死や病氣，コントロールを失う恐怖
パニック発作を起こしそうな状況の回避
社交不安障害
対人場面における，他人からの否定的な評価への恐怖
社交場面，公共場面，他者からの注目を集める場面の回避
全般性不安障害
日々のさまざまな出来事に誘発される，良くないことや脅威的なことが起こることについての恐怖
心的外傷後ストレス障害（PTSD）
命に関わるような強い恐怖を伴う出来事（トラウマ：心的外傷）の後，それに対する心理反応が続くこと
再体験症状（トラウマが繰り返しまざまざと思い出される）
回避・麻痺症状（感情鈍麻，トラウマを思い出す物事や状況の回避）
過覚醒症状（不眠，イライラなど，緊張・警戒状態が続く状態）
強迫性障害
強迫観念（不合理と認識しながらも繰り返し湧いてくる不快な考え）
例：病氣，清潔，形の対称性，計算，魔術的観念，など
強迫行為（強迫観念を打ち消すための儀式行為）
例：洗浄，確認，戸締り，“自分が決めたルール”，など

これらの特定の不安障害，およびその類縁疾患に対しては，薬物療法〔主として，選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI）。時に，ベンゾジアゼピン系抗不安薬〕と，精神療法（心理療法，サイコセラピー）（主として認知行動療法）が用いられる²⁾。

（藤澤大介）

■ 文 献

- 1) 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
- 2) 工藤喬，大野裕 編，日常臨床で使える認知行動療法ハンドブック，中外医学社，東京，2023

4 適応障害

1) 定義

適応障害とは，ストレス要因に起因して，抑うつ，不安，行動の障害などを呈する精神障害である。症状の程度や持続期間が，ストレス要因に対する一般的な反応を逸脱していて，機能障害が生じている（その人本来のあり方よりも生活上できることが減っている）場合に診断される。特定のストレス要因との時間的関連が認められる（一般的にはストレス要因の始まりから3カ月以内）。

ストレスは原因となる要因と個人の特性が組み合わさって生じるものであり，ある人にとっては問題ない出来事が，別の人にとっては大きなストレスになりうる。ストレス要因には，病氣や離別などの急性の要因と，過重業務や人間関係のあつれきなど，慢性・持続性の要因がある。昇進や結婚などといった一般的には喜ばしいと考えられる出来事も，生活や責任に変化をもたらすためにストレスとなりうる。

症状には、抑うつを主体とするもの、不安を主体とするもの、行動の障害を主体とするもの（例：怒りっぽさ、無鉄砲な行動など）、に大別される。それらが混合することもある。

ストレス要因から誘発された症状であっても、適応障害以外の精神疾患（例：うつ病、不安障害など）の診断基準を満たす場合はそれらの診断を採用して適応障害とは診断しない。

通常、ストレスの原因が終結すれば6カ月以内に症状は消失するが、ストレス要因が持続するものである場合、長期に続くことがある。

2) 疫学

適応障害は精神科で最も多い診断の一つであり、特に身体疾患を有する患者に多くみられる。例えば、総合病院で精神科に紹介された患者の13.8～21.5%が適応障害であったと報告されている¹⁾。アメリカ、カナダ、オーストラリアの7大学病院の統計では、1,039件のリエゾン・コンサルテーションのうち、適応障害は206例（19.8%）であった²⁾。専門家による面接に基づく厳密な診断調査（7カ国、24の研究）のメタアナリシスによれば、がん・緩和ケア患者における適応障害の時点有病率は15.4%（10.1～21.6%）であった³⁾。

適応障害の患者は、うつ病や不安障害の診断基準を満たさないからといって軽症というわけではない。機能障害をきたしている点是他の精神疾患と同様であり、適切な治療が必要である。特に、高齢者やがん患者など身体的予備能の低い患者の場合には、短期間の機能障害でも容易に重篤な状態に陥る可能性がある。

3) 対応

適応障害に対する治療エビデンスは確立していないが、環境調整、精神療法、抑うつや不安に対する薬物療法が一般的に用いられる。環境調整では、ストレス要因を減らす方法（例：仕事上のストレスについて、職場と相談する）や、ストレス要因との上手な付き合い方（例：気分転換の方法を検討する）、サポート体制（例：相談しやすい相手との相談を促す）などを話し合う。うつ病や不安障害に準じた薬物療法を行う。すなわち、抑うつ症状や不安症状に対しては抗うつ薬、緊張や自律神経失調症状に対しては抗不安薬、睡眠症状に対しては睡眠薬などを検討する⁴⁾。患者の特性や問題の背景に応じて、より専門化された精神療法（認知行動療法や対人関係療法など）を行うこともある。

4) がん患者における適応障害

重篤な病状の診断を受けた際や、疾患や治療に伴う慢性的な困難がストレス要因となって適応障害をきたすことは多い。正常の心理反応との境界が不明確な場合もあるが、患者自身が苦痛を感じていたり、何らかの機能障害をきたしていたりする場合は、適応障害として対応し、治療の機会を逃さないよう注意する。

適応障害をはじめとする気持ちのつらさに対する、定期的なスクリーニングを行うことが国際的に推奨されている。頻用されているツールには、「つらさと支障の寒暖計」やHospital Anxiety and Depression Scale (HADS) がある。詳細はII章-5「気持ちのつらさの評価方法」の節を参照のこと。

（藤澤大介）

文献

- 1) Popkin MK, Callies AL, Colón EA, et al. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics* 1990 Fall; 31: 410-4
- 2) Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 139-49
- 3) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160-74
- 4) Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, et al. Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17: 77-81

5 睡眠症状

睡眠に関連した問題とは、睡眠のための適切な環境にいるにもかかわらず、睡眠の開始、持続、安定が障害され、その結果、日中に何らかの障害をきたした状態を指す¹⁾。

それには、

- ①不眠（寝つきが悪い、寝ている途中で目が覚めて再び眠ることができない、朝早く目覚めてしまう、熟睡できない、など）
- ②日中の過剰な眠気（日中の強い眠気、居眠り、など）
- ③睡眠中や睡眠前後の異常な知覚・運動・行動
- ④睡眠覚醒リズムの障害（体内時計のリズムが生活に同調できず、望ましいタイミングで起きができない結果、社会活動への参加が妨げられる、など）

がある。

うつ状態や不安状態には自律神経に関する症状を伴うことが多い。睡眠に関する症状は、食欲に関する症状と並んで、自律神経症状としてよくみられる。

不眠は、対応されないと慢性化しやすい。また、長期に持続すると不安障害やうつ病の発症リスクが高まったり、痛みや高血圧などの身体的問題を併発したり、就労困難などの社会的な問題につながったりする。

睡眠に関する問題は、がん患者に広く認められる症状である。がん患者の30～50%に何らかの不眠が認められる²⁾。がん患者の不眠は、病気（がん）や治療による生物学的要因で睡眠覚醒リズムが障害されるほか、診断や治療にまつわるストレス、痛みや倦怠感などの身体症状（がん自体によるもの、有害事象が関連するもの）によって生じる。特に、不安やうつ状態は不眠と強く関連するため、不眠の評価と対応にあたっては、背景にある心理状態を考慮することが重要である。

1) 睡眠に関する評価

がん患者の不眠や睡眠障害に特化した評価方法はなく、一般的な睡眠障害に準じてスクリーニングや評価を行う³⁾。

一般に公開されているがん患者の包括的症状評価尺度やスクリーニングであるエドモントン症状評価システム改訂版（日本語版）（Edmonton Symptom Assessment System Revised Japanese version：ESAS-r-J）や Integrated Palliative care Outcome Scale（IPOS）は、睡眠に関連する評価を含んでおり、がん患者における睡眠障害のスクリーニングに利用できる。

（小川朝生）

文 献

- 1) 内山真 編. 睡眠障害の治療と対応ガイドライン 第3版. じほう, 東京, 2019
- 2) Paresh O, Aldridge-Gerry A, Ulusakarya A, et al. Sleep disruption in breast cancer patients and survivors. J Natl Compr Canc Netw 2013; 11: 1523-30
- 3) Savard MH, Savard J, Simard S, et al. Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. Psychooncology 2005; 14: 429-41

6 再発恐怖

がんサバイバーにとって、がんの再発または進行に対する恐怖は、単に頻度が高いというだけではなく日常生活に大きな影響を引き起こし、その影響が長期にわたることから、「気持ちのつらさ」を構成する症状の一つとして取り上げた。本項では再発恐怖ならびに進行恐怖について、定義、症状の点から解説する。

1) 再発恐怖/進行恐怖とは

がんの再発恐怖 (fear of cancer recurrence : FCR) は疾患名ではなく、共通した定義が存在していなかったが、近年 Lebel ら¹⁾がデルファイ法により「がんが再発するまたは進行する可能性に関連した恐怖、悩み、あるいは心配事」と定義した。将来、この定義が更新される可能性もあるが、本ガイドラインではこの定義を用いた。

再発恐怖に類似する概念として進行恐怖 (fear of progression : FOP) がある。進行恐怖は、がん患者に特有の症状というわけではなく、一般の慢性疾患患者に対しても用いられている。がん患者を対象とした調査から、再発を経験したがん患者は、再発していないがん患者と比較して進行恐怖が高く、アンメットニーズや医療満足度と関連があることが示唆された²⁾。再発がん患者や進行がん患者にとって進行恐怖は重要な問題であり、Courtts-Bain ら³⁾は再発に対する恐怖と進行に対する恐怖が必ずしも同一の概念ではないことを示唆していることから、再発恐怖とは区別して使用する必要がある。

2) 再発恐怖を説明するモデル

再発恐怖の機序を説明するモデルとしては、Common Sense Model (CSM) や Self-Regulatory Executive Function model (S-REF) モデル、Relational Frame Theory (RFT) などがよく知られている。ここでは、各理論を統合したモデルを用いて再発恐怖を説明する⁴⁾。

図3に示すとおり、再発恐怖の認知スキーマは、再発恐怖を誘発する因子 (トリガー) によって引き起こされる。トリガーとしては、がんに関する会話、病気の知人、メディアからのがん情報、葬儀への出席や死亡記事、予約した外来受診や検査・処置、体調不良、痛み、疲労などの身体症状、がんと診断された記念日が報告されている。これらのトリガーは評価プロセスを通じて解釈され (例えば、痛みはがん再発の徴候として解釈される)、その後に適応的または非適応的な対処行動として反応がもたらされる。これらの一連のプロセスは、社会環境によっても影響を受ける。例えば、がんの経験について話し合うことに対する否定的な社会反応がある。これらは、表面的な反応 (例: 批判、心配ないという助言) であれ、隠れた反応 (例: 不快そうな顔) であれ、がんについて考えたり話したりすることの回避につながり、その結果、認知処理が阻害され、苦痛が増強する可能性がある。

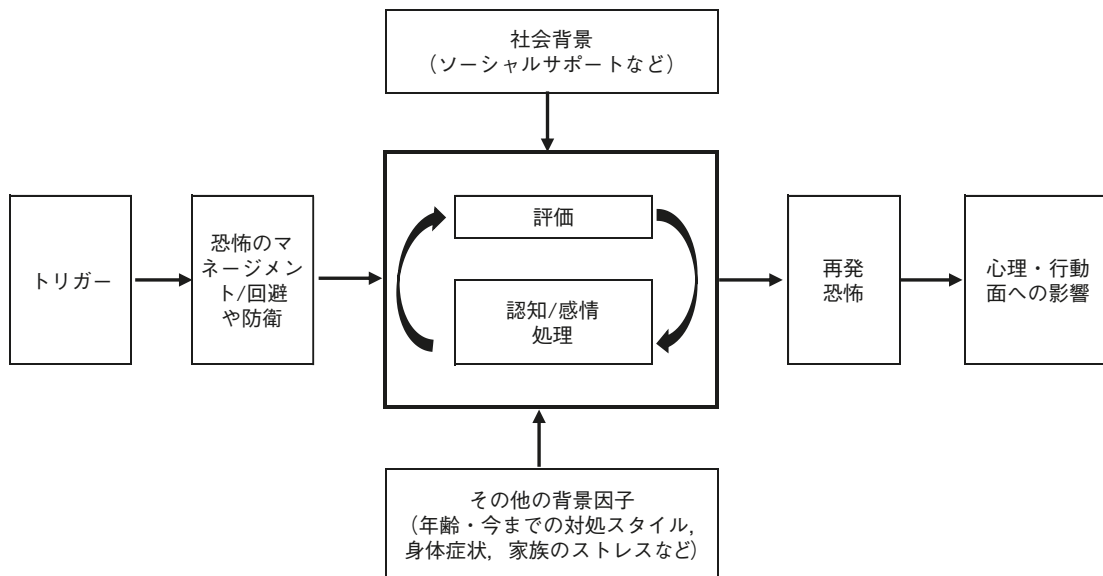


図3 再発恐怖理論の主要な構成要素の概念モデル

トリガーや不確実性は、しばしば回避され、時には恐怖をマネジメントしているフィルターにかけられる。フィルタリングされなかったトリガーの評価と認知処理は、社会環境などの要因によって、軽減したり悪化したり影響を受ける。再発恐怖が引き起こされると、過剰な心配や、医療システムの過剰利用などの心理的・行動的な症状となって表現される。

[Simonelli LE, et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2017; 26: 1444-54⁴⁾より引用改変]

3) 再発恐怖に特徴的な症状

再発恐怖の多くは適応的であるが、臨床的に問題となるような再発恐怖はがん患者の生活の質 (quality of life: QOL) やがん治療アドヒアランスに影響を与えうる。臨床的に問題となる再発恐怖に特徴的な症状としては、デルファイ研究により以下の3点に集約される⁵⁾。

(1) 高いレベルのとりわれ・心配 (high levels of preoccupation/worry)

再発恐怖が高い人の特徴として、再発したら助からないという信念や、死と向き合うことの難しさをもっていることが報告されており、これらは過去の誤診経験、特定のがん種に対する誤解、がん家族歴が多いことが影響しているとされる。再発恐怖はあるものの高くない人は、がんが再発する可能性はあるが、再発しない可能性もあることを述べていた。

臨床的に問題となるような再発恐怖を経験している人は「準備」として、がんについて心配することの重要性を信じているために、がんの再発を示唆する症状などから意識を逸らすことができず、長期にわたって再発恐怖が持続する可能性がある⁶⁾。がんの再発の可能性について考えることを抑制または回避しようとする、がんの再発に関する考えや恐怖がますます侵入的になることがある。

がんの再発には不確実性があり、恐れていた結果が現実のものとなる可能性があるため、これらの信念の内容が必ずしも非合理的とはいえない。こういった理由から、信念の合理性を検討するアプローチよりも、認知プロセスに焦点を当てるのが、再発恐怖を経験している患者には受け入れやすいと考えられている。

(2) 心配・悩みが持続していること (persistent worry/fear/anxiety)

再発恐怖を経験している人は、頻繁かつ持続的な反すうや不安、心配を経験している。それらは、30分以上継続することや容易に解消できないという特徴がある。特に、高いレベルの再発恐怖を経験している患者は、思考だけではなく、がんが再発したことを聞いたり、人生の終わりを想像したり、がんそのものが体内に侵入してくるようなイメージを経験している。再発恐怖における心配は、予測される恐怖（再発）に対する対処の一形態と捉えることもできるが、制御困難で過剰と感じられる時に病的な状態となる⁷⁾。また、これらの心配は、睡眠障害、緊張、集中力困難として表れ、日常生活に影響を及ぼしていることがある。

(3) 再発を想起させるような身体症状に対する過覚醒・違和感 (hypervigilance or hypersensitivity to bodily sensations or physical symptoms for signs of recurrence)

身体症状（疲労、神経系の副作用、痛みなど）は再発恐怖が高いことと関連が示されている。これらの身体症状に対して、がんが再発したかもしれないという認識が促進される。これは心的外傷後ストレス障害（post-traumatic stress disorder：PTSD）とは異なり、自身の内部から生じるストレス因子であることと、未来への恐怖に焦点が当てられている点が特徴的である。また、症状に対して過敏に反応し、風邪や筋肉痛ではなくがんの再発に帰結させる傾向がある。

上記のデルファイ研究ではコンセンサスに達しなかったものの非機能的な対処行動 (maladaptive coping strategy) である「回避」「安心を求める」「ボディチェック」は、再発恐怖を経験している患者に頻繁に観察される症状である。

先行研究は、再発恐怖レベルの高い人は救急外来を受診する頻度が高いことや⁸⁾、補完代替療法の利用が多く、予定外を受診、自己検診の頻度が高いことや、逆にがん検診への参加が減少する⁹⁾ことを報告しており、これらはセルフチェック行動やアドバイス希求と呼ばれる行動である。その他にも、脅威を感じた場面における対処行動としてリスク回避行動が報告されている。リスク回避の特徴として、がん治療を行ううえで避けるべきものからの回避（例えば、たばこや発がん物質の摂取や、感染の危険があるものとの接触）や、健康全般を高めたり、再発のリスクを減らしたりする行動が含まれる。これらの行動は、再発恐怖と関連していることから、再発リスクに対する対処行動と考えられている。対処行動により苦痛が一時的に緩和されると、その行動が有用であると評価されるため、これらの対処戦略が強化されてしまい、心配が維持するように作用することもある。

さらに、再発恐怖を示唆する症状として、将来の計画を立てることの困難さ（将来について麻痺していると感じる、将来について計画を立てられない、洋服を買わない、休暇を計画しない）や、周囲の人から支えられているかにかかわらず孤独を感じる、不確実性に対して寛容になれないことなども報告されている。

4) まとめ

臨床的に治療が必要なレベルの再発恐怖を経験しているがん患者の多くは、精神疾患（全般性不安障害、うつ病、適応障害、PTSD など）を併存していることが報告されている^{7,10)}。

そのため、診断されている精神疾患の診断や治療を優先的に検討することが必要である。

その一方で、再発恐怖は既存の精神疾患とは異なる構成要素を有していることが示唆されていることから、今後再発恐怖に関する診断や治療についても、さらに研究を進めていくことが期待される。

(縦野香苗, 竹内恵美)

■ 文 献

- 1) Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2016; 24: 3265-8
- 2) Shim EJ, Shin YW, Oh DY, et al. Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 169-75
- 3) Coutts-Bain D, Sharpe L, Pradhan P, et al. Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psychooncology*. 2022; 31: 1381-9
- 4) Simonelli LE, Siegel SD, Duffy NM. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psychooncology* 2017; 26: 1444-54
- 5) Mutsaers B, Butow P, Dinkel A, et al. Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: an international Delphi study. *Psychooncology* 2020; 29: 430-6
- 6) Butow P, Kelly S, Thewes B, et al. Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2015; 24: 416-23
- 7) Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, et al. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosom Med* 2004; 66: 258-64
- 8) Lebel S, Tomei C, Feldstain A, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer* 2013; 21: 901-6
- 9) Thewes B, Butow P, Bell ML, et al. Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer*. 2012; 20: 2651-9
- 10) Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 481-91

7

がん患者における精神医学的診断の留意事項

これまでの記載の通り、がん患者の気持ちのつらさには色々な病態が含まれる。適切な治療やケアを行っていくためには精神医学的な診断が必要であるが、がん患者ではがんの症状や治療など、気持ちのつらさについて評価するうえで注意すべき因子が多い。また、がん患者では気持ちのつらさは非常に頻繁にみられる一方で、「このような状況であれば当たり前」と通常反応として見過ごされることも多い。本項ではがん患者に精神医学的診断を行ううえでの留意事項について、うつ病を中心に述べる。

1) がん患者におけるうつ病の診断基準の適用に関して

がん患者は病気の広がりや治療によって、身体的な症状がみられる。一方、精神疾患の診断基準にも精神疾患によって生じる身体症状が含まれるため、各症状が身体疾患と精神疾患のどちらによるものかと考えるかによっても診断が変わってくる。身体疾患のうつ病の診断に関してはさまざまなアプローチが検討されてきた。そのなかから明智¹⁾は4つのアプローチについて紹介している。

1つ目のアプローチは、個々の身体症状が身体疾患によって生じるものかを検討し、身体疾患に由来しない症状の場合は診断項目として含めるというもので、etiologic approach と呼ばれている。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) においても（無

治療の糖尿病における体重減少、がんにおける倦怠感など) 明確に身体疾患によると考えられる症状でない場合はうつ病の診断に含めると明記されており²⁾、最も本質的なアプローチである。しかしながら、現実的には身体症状がどちらに由来するかを確認するという事は難しい場合が多い、という問題点がある。

2つ目のアプローチは、身体症状に関連する項目を診断項目から除外するという手法で、exclusive approach と呼ばれている³⁾。その一例である Cavanaugh 基準では食欲の変化、睡眠の変化、易疲労性の項目を除外した6項目に加え、身体状態に比してケアに参加しない、ないしは機能が低いという項目を加えて診断を行う³⁾。

3つ目のアプローチは、身体症状に関連する項目の代わりに代替するような診断項目を追加する手法で、surrogate approach と呼ばれる⁴⁾。Endicott 基準では集中力低下、食欲の変化、睡眠の変化、易疲労性の4項目の代わりに、抑うつ的な表情、引きこもり、悲観的、楽しいことに無反応といった項目を加えて診断を行う⁴⁾。

最後のアプローチは個々の症状の原因によらずに診断項目として含めるというもので、inclusive approach と呼ばれている⁵⁾。この方法は過剰に精神疾患を診断するリスクをはらんでいるが、反面、症状が身体疾患によるものかについて確認せずに診断をすることができるというメリットがある。明智¹⁾はがん患者ではうつ病を過小評価されがちであることを踏まえると、inclusive approach はがん患者において有力な手法であると言及している。ただし、うつ病の診断が即座に薬物療法の使用と結びつくものではないことは注意する必要がある。

2) 二次的なうつ病について

DSM-5 におけるうつ病の診断基準には、物質の生理学的作用や他の医学的疾患によるものではない、という項目が含まれているが、がんに伴う精神症状やがんの治療に伴う精神症状など、身体疾患や薬物療法による二次性の精神症状の場合には、うつ病としての治療だけではなく、原因に対する対処が必要になるため注意が必要である。具体的には脳腫瘍や脳転移、副腎転移、傍腫瘍症候群、甲状腺全摘や性腺切除の影響、ホルモン療法、インターフェロン、グルココルチコイドなどは抑うつを生じうる。また、近年では免疫チェックポイント阻害薬に関連して、甲状腺機能低下症や副腎不全などの内分泌の異常や irAE (immune-related Adverse Events: 免疫関連有害事象) 脳症⁶⁾の際に、抑うつを含めた多様な症状がみられることもある。免疫チェックポイント阻害薬では治療終了後にも免疫関連有害事象が起こることが知られており、現在の治療の状況だけでなく、過去の治療歴まで遡って評価を行うことが必要である。

(稲田修士)

文献

- 1) 明智龍男. 身体疾患にみられる抑うつ状態の評価. 臨精薬理 2021; 24: 831-7
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013 (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)
- 3) von Ammon Cavanaugh S. Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment. Psychosomatics 1995; 36: 48-59
- 4) Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984; 53 (10 Suppl) : 2243-9
- 5) McDaniel JS, Brown FW, Cole S. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. In Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, eds. Psychiatric care of the medical patient. pp149-64, Oxford University Press, New York, 2000
- 6) Wada S, Iwamoto K, Ozaki N. Atezolizumab, an immune checkpoint inhibitor, caused precedent depressive symptoms related to limbic encephalitis. Psychiatry Clin Neurosci 2022; 76: 125-6

8 アルコール、薬物の問題

アルコールの有害な使用は健康に深刻な被害をもたらすとして、世界保健機関（World Health Organization：WHO）は 2010 年 5 月にアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略を決議した。日本では、21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）のなかで国民の健康を増進するために多量飲酒問題の早期発見、未成年者の飲酒防止などの基本方針が定められた¹⁾。また、2013 年 12 月には「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、それに基づいて「アルコール健康障害対策推進基本計画」が 2016 年 5 月に策定され、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止などが取り組むべき重点課題として挙げられた²⁾。

アルコール依存症の日本における生涯経験者数は、2013 年の報告によると 107 万人と推計されている³⁾。一方、患者調査における総患者数は 2020 年は 5.2 万人と推計されており⁴⁾、専門的医療につながっていない患者が多くいることが指摘されている。

発症にアルコールとの関連が指摘されているがんもあり、がん医療においてもアルコールを多く摂取している患者に対応する機会は少なくない。また、2020 年の全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査によると、薬物関連精神障害患者の生涯使用経験薬物としては覚せい剤が最多（64.0%）であるが、次いで睡眠薬・抗不安薬（34.2%）、他少数ではあるが、鎮痛薬（処方非オピオイド系）（4.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）（1.9%）となっており、がん医療においてよく使用される薬剤も含まれている⁵⁾。

1) アルコール関連問題

アルコールによってさまざまな健康問題や社会問題が引き起こされることが知られており、それらをアルコール関連問題と呼んでいる。飲酒行動については、全く飲酒しない人から大量に飲酒する人まで連続的に分布しており、通常は飲酒量が増えるに従って、健康問題や社会問題などが増える。これらの問題は本人のみならず、家族など周囲への影響も大きいことが知られている。健康日本 21 のなかでは、生活習慣病のリスクを高める量は 1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上と示されている⁶⁾。また「節度ある適度な飲酒」は 1 日平均純アルコールで約 20 g（ビール 500 mL）程度であり、「多量飲酒」は 1 日に平均純アルコール約 60 g を超える飲酒としている¹⁾。また、アルコール性肝障害診断基準 2011 年版（2021 年小改訂）では 1 日平均純アルコール約 60 g 以上を摂取している人を

「常習飲酒家」、純アルコール約 100 g 以上を 5 日以上継続して摂取している人を「大酒家」と定義している⁷⁾。

また、さまざまなアルコール関連問題の有無や依存の重症度によって「有害な使用」「アルコール乱用」「アルコール依存症」に分類される。アルコール・薬物依存症の診断基準は国際的には WHO が作成した疾病及び関連保健問題の国際統計分類-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10)⁸⁾とアメリカ精神医学会が作成した精神障害の診断と統計マニュアル-5 (DSM-5)⁹⁾が用いられる。ICD-10 では「有害な使用 (harmful use)」は飲酒により身体的または精神的健康に害を及ぼすようにアルコールを使用する場合としており⁸⁾、何らかのアルコール関連問題を有していても診断の対象とならない場合がある。また、DSM-5 の旧版である DSM-IV では、飲酒により社会的または家庭的問題が生じている場合は「アルコール乱用」と診断していた¹⁰⁾。DSM-5 では、依存症概念がなくなり、先ほど述べた有害な使用、アルコール乱用、アルコール依存症を合わせたものを「アルコール使用障害」と呼ばれる 1 つの疾患に統合し、軽度、中等度、および重度の重症度分類が加わった⁹⁾。アルコール健康障害の早期発見、早期介入を行う際には、より軽症例が含まれる DSM-5 の診断基準を参考にする必要がある。

2) アルコール : ICD-10/DSM-5 診断基準

アルコール・薬物依存症の診断基準は ICD-10 においては、精神作用物質使用による精神および行動の障害のなかで述べられている⁸⁾。精神作用物質とは摂取すると酩酊などの快反応が得られるために連用、乱用されやすく、ついには依存状態を呈するようになる薬物をいい、アルコール、アヘン類、大麻類、鎮静剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインおよび他の精神刺激剤、幻覚剤、たばこ、揮発性溶剤、多剤およびその他の精神作用物質に分類されている⁸⁾。DSM-5 においては、物質関連障害および嗜癖性障害群のなかで述べられ、物質関連障害群はアルコール、カフェイン、大麻、幻覚薬、吸入剤、オピオイド、鎮静薬・睡眠薬・抗不安薬、精神刺激薬、たばこ、他の物質の 10 の物質に分類されている⁹⁾。

どちらの診断基準においても、摂取欲求に基づく衝動制御障害、離脱、耐性、社会障害、危険を知りながらも使用を継続するといった診断項目が挙げられている。ICD-10 のアルコール依存症候群の診断基準を表 5⁸⁾に示すが、診断にはアルコールへの強い欲求が必須となっている。DSM-5 のアルコール使用障害の診断基準を表 6⁹⁾に示す。各診断項目に該当する具体的な症状や事象例について表 7¹¹⁾に示す。

3) アルコールと健康障害 (精神疾患)

不安障害がアルコール・物質使用障害との併存率が高いことはこれまでも指摘されており¹²⁾、日本においても 2011~2012 年度にかけて行われた全国調査でアルコール依存症の 30%に気分障害、19%に不安障害を認め、46%に自殺のリスクがあったと報告されている¹³⁾。また、うつとアルコール依存症が合併することにより、自殺のリスクが増大すること、うつからの回復を延長させること、断酒後に多量飲酒再発のリスクを高めること、入院や外来の利用頻度が増えるといった問題がみられることも報告されている¹⁴⁾。

表5 ICD-10 アルコール使用による精神および行動の障害、依存症候群

過去1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上が経験されるか出現した場合に診断する。

- (a) アルコールを摂取したいという強い欲望あるいは強迫感
- (b) アルコール使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、そのアルコール摂取行動を統制することが困難
- (c) アルコール使用を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態。アルコールに特徴的な離脱症候群の出現や離脱症状を軽減するか避ける意図でアルコール（あるいは近縁物質）を使用することが証拠となる
- (d) はじめはより少量で得られたアルコールの効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠
- (e) アルコールのために、それにかわる楽しみや興味が次第に無視するようになり、アルコールを摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する
- (f) 明らかに有害な結果が起きているにも関わらず、依然として、アルコールを使用する。例えば過度の飲酒による肝臓障害、ある期間アルコールを大量使用した結果としての抑うつ気分状態、アルコールに関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない

〔世界保健機関 著、融道男 他訳。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。医学書院、東京、2005⁸⁾〕

表6 DSM-5 アルコール使用障害

- A. アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12カ月以内に起こることにより示される
- (1) アルコールを意図していたよりもしばしば大量に、または長期間にわたって使用する
 - (2) アルコールの使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある
 - (3) アルコールを得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる
 - (4) 渴望、つまりアルコール使用への強い欲求、または衝動
 - (5) アルコールの反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる
 - (6) アルコールの作用により、持続的、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける
 - (7) アルコールの使用のために、重要な社会的、職業的、または娯楽的活動を放棄、または縮小している
 - (8) 身体的に危険な状況においてもアルコールの使用を反復する
 - (9) 身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、アルコールの使用を続ける
 - (10) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの
 - (a) 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量のアルコールが必要
 - (b) 同じ量のアルコールの持続使用で効果が著しく減弱
 - (11) 離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの
 - (a) 特徴的なアルコール離脱症候群がある
 - (b) 離脱症状を軽減または回避するために、アルコール（またはベンゾジアゼピンのような密接に関連した物質）を摂取する

軽度：2～3項目、中等度：4～5項目、重度：6項目以上が該当

〔アメリカ精神医学会 著、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。p483、医学書院、東京、2014⁹⁾〕

4) アルコールとがん

慢性的な多量飲酒は肝臓のみならず、膵炎、筋・心筋障害、中枢・末梢神経障害、発がんなど全身の臓器障害を引き起こす。がんでは、口腔咽頭喉頭がん、食道がん（扁平上皮がん）、肝臓がん、大腸がん、乳がんのリスクを上げることが報告されている¹⁵⁾。

表7 アルコール依存症の具体的な症状や事象例

摂取欲求	・隠れてでも飲んでしまう ・お酒が手元にないと不安 ・お酒のためなら面倒くさがらずに出かける ・仕事中でも酒のことばかり考えている ・仕事が終わったら一人でも必ず飲みに行く ・仕事中でも飲んでしまう
衝動制御障害	・いつも泥酔するまで飲んでしまう ・休肝日と決めても飲んでしまう ・飲み始めたら止まらない ・前もって決めていた量以上に飲んでしまうことがしばしばある
離脱	・頭痛 ・吐き気をもよおす ・食欲がない ・微熱がある ・脈が速くなる ・イライラする ・手がふるえる ・寝汗をかく ・眠れなくなる ・迎え酒をする
耐性	・飲む量が増えている ・たくさん飲まないと酔えなくなった
社会障害	・1日中飲んでいる ・1日中酔いが続いている、もしくは酔いからさめるのに多くの時間を使っている ・趣味などの活動よりお酒を優先させる
危険な使用	・医師から飲酒を止められているのに飲んでしまう ・健康診断で指摘されているのに飲んでしまう

〔日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会、新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き¹¹⁾より引用改変〕

表8 CAGE

1. 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか
2. 他人があなたの飲酒を非難するので気に障ったことがありますか
3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか
4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために「迎え酒」をしたことがありますか

〔Ewing JA 著、北村俊則 訳、CAGE 質問票、精神科診断学 1991; 2: 359-63¹⁶⁾より引用〕

5) アルコール依存症などのスクリーニング

(1) CAGE

アルコール依存症をスクリーニングする検査であり、各質問（Cut down, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye-opener）の頭文字をとって CAGE と呼ばれる。4 項目中 2 項目に該当した場合にアルコール依存症が疑われる。質問票を表 8¹⁶⁾に示す。

(2) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

WHO によって開発された問題飲酒者のスクリーニングテスト¹⁷⁾で、飲酒問題の早期発見・早期介入のツールとして使用されている。AUDIT は全部で 10 項目の設問からなり、それぞれアルコール摂取、依存症状、飲酒による有害症状について評価している。日本語版は廣¹⁸⁾により邦訳されたものが使用されている。AUDIT では、飲酒量を計算する場合、純アルコール換算で 10 g の飲酒量を示す“ドリンク”という単位が使われる。特定保健指導で用い

表 9 AUDIT-C

- | |
|---------------------------------------|
| 1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか |
| 0. 飲まない 1. 1 か月に 1 回以下 2. 1 か月に 2~4 回 |
| 3. 1 週間に 2~3 回 4. 1 週間に 4 回以上 |
| 2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか |
| 0. 1~2 ドリンク 1. 3~4 ドリンク 2. 5~6 ドリンク |
| 3. 7~9 ドリンク 4. 10 ドリンク以上 |
| 3. 1 度に 6 単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか |
| 0. ない 1. 1 か月に 1 回未満 2. 1 か月に 1 回 |
| 3. 1 週間に 1 回 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |

〔樋口進, 他編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社, 2018²⁰⁾〕

られる「標準的な健診・保健指導プログラム平成 30 年度版」¹⁹⁾では 8~14 点を問題飲酒者, 15 点以上をアルコール依存症疑いとしている。AUDIT の始めの 3 問からなる AUDIT-C (表 9) は AUDIT の簡易版で, 男性は 5 点以上, 女性は 4 点以上の場合, アルコール依存症の診断基準で評価することが求められている²⁰⁾。

6) がん医療での対応

アルコール依存症の治療は長らく断酒を目標とし, アルコール依存症の専門医療機関を中心に行われてきた。しかし断酒に抵抗感を示す患者も多く, 治療導入に難しさを感じている医療者も多いだろう。アルコール依存症の治療目標はもちろん原則的には断酒の達成となるが, 飲酒量の低下は飲酒に関係した健康障害や社会・家族問題の軽減につながるかわかっており, 『新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン』では明確な合併症を有しないケースや, 患者が断酒に応じない場合, 説得を試みてもうまくいかない場合は, 1 つの選択肢としてまず飲酒量低減を中間目標とすることも推奨されている²¹⁾。また, アルコール依存症とまでは至らないが有害な使用, 危険な使用に当たる場合にも飲酒量低減は必要となる。飲酒量低減治療については現在日本においてはナルメフェンが使用されている。定められた研修を受講する必要があるが, 精神科医でなくても処方可能であり²²⁾, 今後, 総合病院などの非専門医療機関でも飲酒量低減指導を行うことが増加すると考えられる。

(1) 問診, スクリーニング

スクリーニングについては患者自身が飲酒習慣を振り返り, 自身の健康障害がアルコールに関連していることを認識することは依存症の治療を行う際にも動機づけという意味で大事な一歩となる。そう考えると, 問診は診断のためだけでなく治療行為としても重要で, 先に示した CAGE や AUDIT を使って飲酒習慣を振り返ることはアルコール依存症の非専門家にも比較的取り組みやすい介入と考える。

(2) ブリーフインターベンション (brief intervention : BI)

BI は生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングとされ, 動機づけ面接やコーチングといった面接技法が用いられる²¹⁾。日本においては, 保健指導のなかで減酒支援

として用いられており¹⁹⁾、依存症の専門家ではなく一般の医療・保健従事者によって行われる。通常は1つのセッションが15分程度の短時間で、2～3回の複数セッションで行われることが多く、飲酒量の減量が目標となる。まずは普段の飲酒についてスクリーニングを行い、飲酒問題の有無について自ら振り返り、問題を認識できていない場合は、飲酒が健康に与える害について学びながら問題点を整理する。減酒を提案し達成可能な目標を患者自身が具体的に設定し、目標達成に役立つ具体的な対処法を考え共有する。例えば、「この1カ月で休肝日を何日つくる」「1週間の酒量を〇〇ドリンクまでにする」などの目標や、コップを小さくする、水を多くするなどの対処法である。セルフモニタリングとして飲酒日記などを用い、それに基づき次回以降のセッションを継続する。「保健指導における AUDIT とその評価結果に基づく減酒支援の手引き」¹⁹⁾では、飲酒習慣を変えることへの困難さや、お酒を飲むに至る日常生活への苦勞を受け止めて共感することが重要であることや、減酒支援でうまくいかない場合には専門医療機関での治療につなげることなどがポイントとして挙げられている。

(3) 専門医療機関との連携

専門医療機関との連携は重要で、断酒治療、離脱症状に対応ができない場合、断酒と飲酒量低減の選択に迷う場合、重篤な精神・身体合併症がある場合については専門医療機関に紹介する必要がある¹¹⁾。

(齋藤 円)

■ 文 献

- 1) 厚生労働省. 21世紀における第2次国民健康づくり運動 https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b5.html#A52 (2024年7月12日閲覧)
- 2) 厚生労働省. アルコール健康障害対策基本法 (概要) https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/gaiyou_2.pdf (2023年2月15日閲覧)
- 3) 樋口進, 尾崎米厚, 松本博志, 他. WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 平成26年度総括研究報告書. 東京, 2015
- 4) 厚生労働省. 令和2年(2020)患者調査の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html> (2023年2月15日閲覧)
- 5) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 他. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業) 分担研究報告書. https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NMHS_2020.pdf (2023年2月15日閲覧)
- 6) 厚生労働省. 21世紀における第2次国民健康づくり運動最終評価報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/001077185.pdf> (2023年2月15日閲覧)
- 7) アルコール医学生物学研究会. アルコール性肝障害診断基準. 2011年版 <https://plaza.umin.ac.jp/jasbra/sub-kijyun.html> (2023年2月15日閲覧)
- 8) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実, 他 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. 医学書院, 東京, 2005)
- 9) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. APA, Washington DC, 2013 (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)
- 10) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. APA, Washington DC, 2000 (高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 新訂版. 医学書院, 東京, 2003)
- 11) 日本アルコール・アディクション医学会, 日本アルコール関連問題学会. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き. 第1版, 2018 https://www.j-arukanren.com/pdf/20190104_shin_al_yakubutsu_guide_tebiki.pdf (2023年2月15日閲覧)
- 12) Smith JP, Book SW. Anxiety and substance use disorders: a review. Psychiatr Times 2008; 25: 19-23
- 13) 樋口進. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究. 厚生労働省

- 働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 平成24年度総括分担研究報告書. 2013 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2012/123081/201224064A/201224064A0001.pdf> (2023年2月15日閲覧)
- 14) Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 23-30
 - 15) Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer* 2015; 112: 580-93
 - 16) Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-7 (Ewing JA 著, 北村俊則訳. CAGE 質問票. 精神科診断学 1991; 2: 359-63)
 - 17) Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB, et al. AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992
 - 18) 廣尚典 訳. WHO/AUDIT (問題飲酒指標/日本語版). 千葉テストセンター, 2000
 - 19) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム平成30年度版. 別添2 (3-95), 2018 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/00_3.pdf (2023年2月15日閲覧)
 - 20) 樋口進, 齋藤利和, 湯本陽介 編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 第1版, pp8-9, 新興医学出版社, 東京, 2018
 - 21) 樋口進, 齋藤利和, 湯本陽介 編. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 第1版, pp18-25, 新興医学出版社, 東京, 2018
 - 22) 日本アルコール・アディクション医学会, 日本アルコール関連問題学会. 飲酒量低減治療マニュアルポケット版. 第1版, 2019 https://www.j-arukanren.com/pdf/201911_inshuryouteigen_chiryoku_pocket.pdf (2023年2月15日閲覧)

9

その他の精神障害

これまでに解説されている通り, 気持ちのつらさは抑うつや不安を含めた幅広い概念であるため, 幅広い疾患を想定して対応を行う必要がある。米国 NCCN の気持ちのつらさのガイドラインにおいても, うつ病や適応障害, 不安障害以外にも認知症やせん妄, 総合失調症, 強迫性障害, パーソナリティ障害などが気持ちのつらさのマネジメントの中で取り上げられている¹⁾。本稿ではこれらの疾患について簡単に解説する。

1) 統合失調症スペクトラム障害²⁾

統合失調症スペクトラム障害は, 妄想, 幻覚, 思考 (発話の統合不全), 運動行動の著しい統合不全, 陰性症状 (情動表出の減少, 意欲の低下) の5領域のうち1つ以上の異常を特徴とする疾患群である。代表的なものには統合失調症や妄想症がある。

統合失調症は通常, 10代後半から30代に発症し, 妄想や幻覚などの陽性症状のエピソードに加えて, 対人的な閉じこもりや日常役割機能の低下, 情動表出の減少が認められる。これらの症状は抗精神病薬での治療により寛解がみられるが, 社会的機能が病前の状態まで改善しないこともしばしばある。このような患者では病状や治療の説明が医療者の意図する通りに理解されないこともあり, 意思決定の際などに注意が必要になる³⁾。

また, 統合失調症患者では侵害受容性疼痛の閾値が上昇していることが知られており⁴⁾, 自覚症状の訴えが少ないことを踏まえて, 評価や観察を行う必要がある。

2) 双極性障害²⁾

双極性障害は気分の高揚と活力の亢進する期間と抑うつ気分や興味・喜びの喪失などが生じる期間の両方を繰り返す疾患である。気分が高揚する時には開放的になったり, 怒りっぽくなったりし, 自尊心の肥大, 睡眠欲求の減少, 多弁, 観念奔逸, 注意転導性, 目標志向性の活動の増加, 困った結果につながりうる活動への熱中などの普段とは明らかに異なる行動

がみられる。この持続期間や社会的障害の程度により躁エピソードと軽躁エピソードが区別される。前者を伴うものが双極Ⅰ型障害、後者を伴うものが双極Ⅱ型障害と呼ばれる。

双極性障害の薬物療法は、気分調整薬や抗精神病薬が中心である。双極性障害の患者の抑うつエピソードに抗うつ薬を使用すると、躁・軽躁エピソードを生じることがあるため、抗うつ薬の投与は慎重である必要がある。抑うつ状態の患者に対しては、(軽)躁エピソードの既往の有無(気分の高揚や行動の変化の既往)について確認し、双極性障害が疑われる場合には精神科医に相談することが望ましい。

3) 神経認知障害群²⁾

神経認知障害群は後天的な認知機能の障害が主な臨床的な問題となっている疾患群である。代表的なものにはせん妄、認知症、軽度認知障害がある。

せん妄は身体的な異常や薬物の影響で生じる急性の意識障害であり、注意の障害、1日のうちでの症状の変動、短期記憶障害や見当識障害などの認知機能障害を伴う病態である。精神運動の活動性により過活動型、低活動型、活動水準混合型に分類される。よくイメージされるせん妄は過活動型であるが、低活動型のせん妄も頻度は高く、ぼーっとして不活発な様子から抑うつと誤認されることもある。対応は、意識障害の原因である直接因子を同定し除去・軽減すること、せん妄が起りやすい状態とする促進因子を除去・軽減することが重要である。非薬物療法が無効な場合に薬物療法(主に抗精神病薬)が行われる。せん妄に関する詳細は、別ガイドラインも参照のこと⁵⁾。

認知症は後天的で持続的な認知機能障害である。想定される病因により病型が分けられており、主要なものとしては認知症のなかで最も頻度が高いアルツハイマー病、脱抑制などの行動障害をきたすことがある前頭側頭型認知症、幻視やパーキンソンニズム、薬剤への過敏性を呈するレビー小体型認知症、脳血管性障害に起因する血管性認知症などがある。

4) 心的外傷後ストレス障害²⁾

心的外傷後ストレス障害(PTSD)は心的外傷的な出来事(トラウマ。生命を脅かすような状況を直接体験、または、身近に見聞きすること)に曝露された後に特徴的な症状が生じる疾患である。具体的な症状には、心的外傷的な出来事の侵入症状(いわゆるフラッシュバックなど)、関連する刺激に対する持続的な回避、認知や気分の負の変化、覚醒度と反応性の著しい変化、などがある。

がんの告知や治療の体験を含めた一連の体験は心的外傷に近い体験であり、PTSDと類似の症状をきたすことがある。がんに関連するPTSDに関してさまざまな検討がなされてきた⁶⁾。DSM-5の診断基準では、心的外傷を、「すべて何らかの形で実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、何らかの性的暴力を受ける出来事を伴う」と定義しており、がんの診断や治療に伴う経験は心的外傷とみなさないことが一般的である。

5) 強迫性障害²⁾

強迫性障害は自分で打ち消しがたい嫌な考え(強迫観念)、その考えを抑え込むための不合理で過剰な行動(強迫行為)があり、それにより時間を浪費してしまったり、強い苦痛を感じ

じたり、社会的、職業的な機能障害を引き起こす疾患である。

強迫性障害のなかには清潔観念に関する症状が含まれており、病院という環境で強迫行為が顕在化したり、増えてしまったりすることがある。

6) パーソナリティ障害^{2,3)}

人は生活するなかで環境や自分自身について知覚し、関係をもち、それらについて思考をしながら活動をしている。これらの知覚、関係、思考には社会的あるいは個人的な状況にかかわらず、一定の持続した様式があると想定されており、この様式をパーソナリティ特性という。パーソナリティ特性の偏りが大きく、それによって生活のなかでうまく適応できず、社会生活の複数の領域において障害が生じたり主観的な苦痛が生じたりすることがある。このような状態をパーソナリティ障害と呼ぶ。

DSM-5 ではパーソナリティ障害を3つの群、10の類型に整理している。特徴はそれぞれ異なるが、日々の診療や入院環境という普段と大きく異なる環境において、他者への共感性の低さや対人関係上の不安定さがあることによって、患者自身に気持ちのつらさが生じやすくなるだけでなく、周囲とのトラブルの引き金になることも多い。

そういった状況を防ぐためには、ミーティングなどを通じて、患者のパーソナリティの特徴やそれに基づく日々の反応について、医療者間で十分に情報を共有することが重要である。患者と接するなかで生じる医療者への負担に対するケアも必要となる。さらに、日々のケアや対応について、「ここまではやる」「ここからはやらない」といった枠組みを決めて（限界設定）、統一した対応をとることが必要となる場合がある。

（稲田修士）

■ 文 献

- 1) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, version 1. 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2023年12月20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
- 3) 内富庸介、小川朝生 編。精神腫瘍学。pp150-5、医学書院、東京、2011
- 4) Stubbs B, Thompson T, Acaster S, et al. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain* 2015; 156: 2121-31
- 5) 日本サイコオンコロジー学会、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、東京、2022
- 6) Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 330-8

コラム①

スピリチュアルペイン

シシリー・ソンドース（Saunders, C.）は終末期がん患者の臨床を通じて、トータルペイン（全人的苦痛）という概念を提唱している。すなわち、患者が体験している苦痛には、痛み・息苦しさ・だるさなどの身体症状や、日常生活動作の支障などの身体的苦痛、抑うつ・不安・いらだちなどの精神心理的苦痛、経済的困窮や仕事上または家庭内の問題などの社会的苦痛、そして生きる意味への問い・孤独感・自責の念などのスピリチュアルペイン（実存的苦痛）の4つがあり、これらでトータルペインを形成しているという¹⁾。終末期がん患者の約半数が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが報告されている²⁾。

村田³⁾は終末期患者のスピリチュアルペインの背後に存在し、患者の苦しみに大きな影響を与えているのが「死」であることを指摘し、スピリチュアルペインとは「死」の体験が生み出す「存在と意味の消滅から生じる苦痛」であると述べている。さらに、スピリチュアルペインを患者の意識の志向性に応じて以下の3つに分けて説明している。まず、将来と過去とに支えられて現在を生きる時間存在としての人間が、死の接近によって将来を失い、それによって現在の意味と存在が失われることから、自己の生が無意味、無目的、不条理と感じる。その際、こんなことをやってもしょうがない、何をしたらいいかわからない、何の意味もない、私の人生は何だったのかなどと訴える。また、自分が存在しないこの世界を想像する時、関係存在としての人間が、死の接近によって他者と世界との関係の断絶を思い、自己の存在と生きる意味が失われることから、虚無、孤独と不安、生の無意味を感じることになる。死んだら何も残らない、孤独だ、自分一人取り残された感じだ、生きている実感が無い、これからどうなるのかなどと訴える。さらに、自分のことは自分でいい、自身をコントロールすることによって自立と生産性に支えられている自律存在である人間が、死の接近によって身体が衰え、さまざまなできなくなることを体験することから、自分が無意味で無価値なもの、他者への依存や負担を強く感じるようになる。人の世話になって迷惑をかけて生きていても何の値打ちもない、自分で自分のことができないのはもう人間じゃない、何も役に立たない、生きている価値がないなどと訴える。

これらのスピリチュアルペインに対して恒藤⁴⁾は、患者の話を傾聴し言葉の背後にある意味を感じ取ること、患者に共感的態度で誠実に接すること、患者が人生観や死生観、スピリチュアルペインを自由に話せるような温かい雰囲気をつくること、患者が気づいていないスピリチュアルニーズを言語化し意識化させること、そして場合によってはライフレビューにより人生の意味を再発見したり、注目に値する経験を見出したりできるように支援することを挙げている。その際、Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp)⁵⁾などの評価ツールを参考にして患者と話を進めるとよい。

（松島英介）

文献

1) Saunders C. The evolution of the hospices. In Mann RD, ed. The history of the management of pain:

from early principles to present practice. pp167-78, CRC Press, Boca Raton, FL, 1988

- 2) 森田達也, 角田純一, 井上聡, 他. 終末期癌患者の実存的苦痛に関する Pilot Study. 精神科診断 1999; 10: 329-32
- 3) 村田久行. 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア—現象学的アプローチによる解明—. 緩和ケア 2005; 15: 385-90
- 4) 恒藤暁. 最近緩和医療学. pp6-10, 最新医学社, 東京, 1999
- 5) 野口海, 大野達也, 森田智視, 他. がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討. 総病精医 2004; 16: 42-7

3

がん医療における 気持ちのつらさの疫学と重要性

1 気持ちのつらさの頻度と影響

1) 気持ちのつらさの頻度

がん医療のさまざまな過程において、患者は抑うつ、不安などの気持ちのつらさを経験する。がん罹患時の一定程度の気持ちのつらさは通常反応として誰もが経験するものであり、さらに不安により健康行動が促進されるなど、良い側面も考えられる。しかし苦痛の程度が顕著である場合や、生活や社会活動への影響が大きい場合、臨床的に介入を必要とする気持ちのつらさとして精神医学的診断に相当する場合がある。

国内のがん患者の精神医学的診断面接に基づく気持ちのつらさの有病率調査結果を表1¹⁻⁶⁾に示す。

精神医学的診断による気持ちのつらさをゴールドスタンダードとした、より簡便な質問紙などを用いた調査も行われている。質問紙による調査は実施のしやすさから大規模調査などに用いやすい利点があるが、偽陽性を含む性質上、精神医学的診断を用いた有病率調査より有病率が高く示されやすい欠点がある。

疾患の経過に伴う気持ちのつらさの変化について、乳がん診断前から5年間追跡した前向き調査で、不安、抑うつ症状が、①診断初期から低く、その後も維持されるグループ、②診断初期は中程度で、その後徐々に軽減するグループ、③診断初期から強く、その後増加するグループが認められた。気持ちのつらさが強い③グループは約20%で、診断後1年以内の不安、抑うつその後の経過を予測することが示唆されている⁷⁾。

これらの結果から、がんの種類、時期にかかわらず患者の概ね5人から10人に1人程度が

表1 がん患者の精神医学的診断に基づく気持ちのつらさの有病率

部位	病状	症例数	適応障害	うつ病	その他の診断
非小細胞肺癌 ¹⁾	早期 手術後1カ月	223	5%	4%	
頭頸部 ²⁾	全病期 初回治療前	107	13%	4%	アルコール依存症 34%
膵がん ³⁾	全病期 初回治療前	110	6%	6%	不安障害 2%, PTSD 1%
非小細胞肺癌 ⁴⁾	進行がん 初回治療前	129	14%	5%	アルコール依存症 13%
乳がん ⁵⁾	再発	55	35%	7%	
全部位 ⁶⁾	終末期 緩和ケア病棟登録時	209	16%	7%	PTSD 0%

PTSD：心的外傷後ストレス障害

表2 気持ちのつらさの影響

精神症状への影響	身体症状への影響	行動や考え方への影響
不安 憂鬱 楽しめない いらいら 落ち着かない など	食欲がない 眠れない 疲れやすい 息苦しい 動悸・めまい 頭痛・その他の痛み 下痢・便秘 など	将来に希望がもてない 決断できない 外出しなくなる 否定的な考え方 不安による過度な防衛行動 (頻回の病院受診など) 自殺 など

閾値以上の気持ちのつらさを経験するといえる。

精神医学的診断とは別に特定の気持ちのつらさに対する調査もある。例えば、再発恐怖に対する調査はさまざまな尺度を用いて行われており、頻度は22～87%と報告されている⁸⁾。

2) 気持ちのつらさの影響

気持ちのつらさは精神症状への影響のみならず、身体面、行動面にさまざまな影響を及ぼし、全般的な QOL を低下させる⁹⁾(表2)。身体症状では、気持ちのつらさと直接関連した食思不振や動悸、呼吸苦など交感神経優位の種々の症状に加え、がんによる痛みなどの症状をより強く感じるなど器質的な原因による身体症状を修飾する。また精神症状や身体症状が行動や考え方に影響することで、がん治療に影響することがある。例えば、感染症に罹患することの不安から病院受診が遅れる、抑うつによる否定的な判断により効果のある補助療法を受けない¹⁰⁾などの問題が生じることがある。最悪の行動面への影響として自殺の問題がある。うつ病と診断されたがん患者では、全身状態の悪さに加え、抑うつの重症度が自殺念慮に関連することが報告されている¹¹⁾。

気持ちのつらさの QOL 以外の側面への影響について、入院期間の長期化といった病院管理上の問題¹²⁾や、リハビリテーションや機能的状態¹³⁾、家族の心理状態にも影響する¹⁴⁾ことが報告されている。

このように気持ちのつらさは頻度が高く、患者への悪い影響が大きいことがわかっている。一方で気持ちのつらさは医療者によって気づかれにくく、患者から報告されにくいいため、適切に介入されにくい傾向がある。そのため気持ちのつらさに対するスクリーニングと適切な介入を臨床に組み込むことが重要であると考えられている。気持ちのつらさへの適切な介入が、精神的負担の緩和のみならず、身体症状の軽減、活動度、がん治療のアドヒアランスの向上、自殺予防など、さまざまながん患者がかかえる問題の改善につながることが期待される。

3) 気持ちのつらさと予後への影響

気持ちのつらさや性格、対処様式などががんの生命予後に影響する可能性について、複数のコホート研究が行われている。2009年に報告された抑うつ状態とがんの進行、死亡率に関する日本国内の研究も含む複数のコホート研究のメタアナリシスでは、がんの進行に関連は認められず(3報の研究に基づく)、死亡率との比較的小さいが有意な関連を認めた(25報の

研究に基づく)¹⁵⁾。既知の予後因子で調整してもこの影響は残り、抑うつ症状より、うつ病と診断された場合により強い傾向が示された。一方で、乳がん患者に対する支持的集団精神療法が生存期間に影響するかどうかを検証したランダム化比較試験では、精神療法(心理療法、サイコセラピー)が心理的苦痛を軽減させるが、生存期間は延長しないことが示されている¹⁶⁾。

これらの結果から、生存期間の観点から気持ちのつらさへの介入を考えることは、現時点で臨床的に有用とはいえない。「落ち込んでいると長生きできないから前向きになるべきだ」などといった患者への声掛けは、気持ちのつらさを有する患者への負担になるだけのため、行わないほうがよい。

(秋月伸哉)

文献

- 1) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al. Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1172-9
- 2) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000; 88: 2817-23
- 3) Akizuki N, Shimizu K, Asai M, et al. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46: 71-7
- 4) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 2609-22
- 5) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131-7
- 6) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1957-65
- 7) Lopes C, Severo M, Fontes F, et al. Trajectories of anxiety and depression symptoms over five years since breast cancer diagnosis: results of the NEON-BC prospective study. *Healthcare (Basel)* 2022; 10: 661
- 8) Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 300-22
- 9) Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, et al. Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psychooncology* 2016; 25: 491-5
- 10) Mathes T, Pieper D, Antoine SL, et al. Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: a systematic review. *Cancer Epidemiol* 2014; 38: 214-26
- 11) Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, et al. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001; 42: 141-5
- 12) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002; 20: 1907-17
- 13) Rodríguez-González A, Velasco-Durántez V, Cruz-Castellanos P, et al. Mental adjustment, functional status, and depression in advanced cancer patients. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 3015
- 14) Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 1985; 55: 72-6
- 15) Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009; 115: 5349-61
- 16) Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-26

2 再発恐怖の評価と影響

1) 評価について

再発恐怖は、がん患者がかかえる心理的苦痛のなかでも、最も支援のニーズが高い問題の一つであることが多くの研究で報告され^{1,2)}、がん患者の気持ちのつらさを支援するうえで、重要な問題の一つとして考えられる。

代表的な評価指標としては、Concerns About Recurrence Scale (CARS)³⁾および Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)⁴⁾がある。CARS は、乳がん患者に特化した 30 項目から構成される自己記入式評価尺度である³⁾。死に対する心配、健康に対する心配、役割に関する心配、女性らしさに関する心配の 4 つの下位項目から構成される。日本語版についても開発されており、信頼性および妥当性の検証が実施されている⁵⁾。FCRI は、42 項目の合計点（スコア範囲 0～168）で評価する自己記入式評価尺度である⁴⁾。再発恐怖の誘因、重症度、心理的苦痛、対処戦略、機能障害、洞察、安心感の 7 つの下位尺度により構成され多面的な要素を含む。さまざまな言語に翻訳され^{6,7)}、短縮版として 9 項目で構成される FCRI-Short Form (FCRI-SF) が存在する⁸⁾。FCRI-SF については名古屋市立大学のグループが日本語版を作成し、現在の信頼性、妥当性を検討中である。FCRI に基づく、臨床的重症度の程度⁹⁾とその割合¹⁰⁾を表 3 に示す。臨床的レベルに至る可能性が高いがん患者の割合は約 60%に至り、多くのがん患者が再発恐怖を呈することが示唆される。

2) 関連要因

再発恐怖の関連要因について、属性に関する要因と、がんに関連する要因に大別して説明する。

再発恐怖に関連する属性要因では、システマティックレビューにおいて、すべての研究に一貫して年齢の低さとの関連が示されている¹¹⁾。他にも、性別⁴⁾や人種¹²⁾、学歴¹³⁾、婚姻状況¹⁴⁾、家族ストレス¹⁵⁾、家族資源¹⁶⁾、子どもの有無¹⁴⁾などが挙げられる。

がんに関連する要因では、先行研究にて一貫して、診断からの経過期間と再発恐怖との関連は示されていない¹¹⁾。一方で、がんの治療やがんの進行ステージとの関連が示されている。なお、治療については、化学療法¹⁷⁾や放射線治療¹⁸⁾を受けている患者の方が再発恐怖が高いという弱い関連がメタアナリシスで報告されている。また、文献は少ないが、がんの進行ステージでは、乳がん患者においてステージⅠよりステージⅡの方が再発恐怖は高いという研究が報告されている¹⁹⁾。このように、治療の種類や進行の程度が再発恐怖と関連する可能性が示唆される。

表 3 再発恐怖の臨床的重症度の程度とその割合^{9,10)}

臨床的重症度の程度	FCRI 得点	割合
臨床的レベルに至る可能性が高い	13 点以上	58.8%
臨床的レベル	16 点以上	45.1%
専門的介入が必要となるレベル	22 点以上	19.2%

FCRI : Fear of Cancer Recurrence Inventory

3) 生活への影響

再発恐怖をかかえるがん患者に特徴的な行動として、過度なセルフチェック行動および医療受診が報告されている。セルフチェック行動とは、しこりや痛みなどの身体症状がないかを気にして身体を調べる行動である。再発恐怖が高いと、セルフチェック行動が増え、それを繰り返して行ってしまうことが生活に影響を及ぼす可能性がある。また、再発恐怖が高い方が、外来受診や救急外来の受診頻度が多く、処方薬の数が多いことが報告されている^{20,21)}。セルフチェック行動や医療受診は、再発のリスクを防ぐための健康的な行動として捉えることができるかもしれないが、それが頻回あるいは長期化すれば経済的負担が増えるかもしれない。他にも、再発恐怖により、将来の計画が立てられなくなることや対人関係の支障²²⁾が生じることが報告されている。

(竹内恵美, 樫野香苗)

文献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Endo C, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011; 20: 497-505
- 2) Okamura M, Fujimori M, Sato A, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer* 2021; 21: 17
- 3) Vickberg SM. The Concerns About Recurrence Scale (CARS) : a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med* 2003 Winter; 25: 16-24
- 4) Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2009; 17: 241-51
- 5) Momino K, Akechi T, Yamashita T, et al. Psychometric properties of the Japanese version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Jpn J Clin Oncol* 2014; 44: 456-62
- 6) Shin J, Goo A, Ko H, et al. Validation study for the Korean version of fear of cancer recurrence inventory. *J Korean Med Sci* 2017; 32: 1792-9
- 7) Bergerot CD, Ferreira LN, Molina LNM, et al. Fear of cancer recurrence among Brazilian patients with cancer: translation and cultural adaptation of FCR4/7 and FCRI-SF measures. *J Psychosom Res* 2023; 165: 111125
- 8) Fardell JE, Jones G, Smith AB, et al. Exploring the screening capacity of the Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form for clinical levels of fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2018; 27: 492-9
- 9) Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 481-91
- 10) Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology* 2022; 31: 879-92
- 11) Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 2013; 22: 978-86
- 12) Janz NK, Hawley ST, Mujahid MS, et al. Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer* 2011; 117: 1827-36
- 13) Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer* 2007; 97: 1625-31
- 14) Mehnert A, Berg P, Henrich G, et al. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2009; 18: 1273-80
- 15) Mellon S, Kershaw TS, Northouse LL, et al. A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psychooncology* 2007; 16: 214-23
- 16) Northouse LL. Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nurs* 1981; 4: 213-20
- 17) Yang Y, Wen Y, Bedi C, et al. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2017; 98: 55-63
- 18) Yang Y, Cameron J, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2017; 26: 738-46
- 19) McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2012; 21: 203-10

- 20) Lebel S, Tomei C, Feldstain A, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? Support Care Cancer 2013; 21: 901-6
- 21) Champagne A, Ivers H, Savard J. Utilization of health care services in cancer patients with elevated fear of cancer recurrence. Psychooncology 2018; 27: 1958-64
- 22) Lu X, Wu C, Bai D, et al. Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry 2023; 14: 1136013

3 自殺・希死念慮の頻度, リスク因子

1) 自殺の頻度

がん患者全体の自殺のリスクは一般人口の約 1.5～1.9 倍と有意に高いが, がん診断からの期間やがん原発部位などによりリスクは大きく異なる^{1,2)}。わが国で 2016 年に診断されたがん患者約 107 万人のうちがん診断 2 年以内に 660 人が自殺で亡くなっており (10 万観察人年あたり 38.4 人, 対象がん患者の約 0.06%), がん診断 2 年以内の自殺のリスクは一般人口の 1.84 倍と有意に高い³⁾ (注: 法に基づき全国がん登録情報の提供を受け, 独自に解析した結果である)。

わが国のがん患者の自殺場所は自宅敷地内が約 7 割を占め, 病院内での自殺は約 5% 以下である⁴⁾。一方で, 一般病院に入院中の自殺の約半数はがん患者である⁵⁾。また, わが国のがん患者の自殺の手段は縊首が約 7 割, 飛び降りが約 1 割である⁴⁾。

2) 自殺のリスク因子

多くの場合, 自殺の背景には複数のリスク因子が重なっている⁶⁾。がん患者と一般人口ではうつ状態など共通するリスク因子もある一方, がん患者特有のリスク因子も存在する⁷⁾。がん患者の自殺の主要なリスク因子を表 4 に示す。

(1) がん診断からの期間

がん診断からの期間により自殺のリスクは大きく異なり, がん診断 1 年以内の自殺のリスクが特に高い^{1,3)}。なかでもがん診断 1 カ月以内のリスクが高く⁸⁾, わが国においてもがん診断 1 カ月以内の自殺のリスクは一般人口の約 4.4 倍と最も高い³⁾。海外ではがん診断 1 週間以内の自殺のリスクが著明に高いことも報告されている⁸⁾。

また, がん診断 1 年後以降についても一般人口より自殺のリスクは高く^{1,3)}, 一部のがん原

表 4 がん患者の自殺, 希死念慮の主要なリスク因子

	自殺	希死念慮
主要なリスク因子	・がん診断 1 年以内 (特にがん診断 1 カ月以内) ・進行がん ・予後不良のがん原発部位 ・うつ病, うつ状態 ・希死念慮, 自傷行為歴 ・直前の「悪い知らせ」 ・痛み	・うつ病, うつ状態 ・絶望感, 精神的苦痛, 不安 ・痛み, 倦怠感 ・身体機能低下 ・社会的支援の不足 ・進行がん ・高齢

発部位の患者では長期に自殺のリスクが高い状態が持続する可能性がある⁹⁾。

(2) がんの進展度

進行がん患者は自殺のリスクが高い^{1,3)}。

(3) がん原発部位

予後不良のがん原発部位の患者は自殺のリスクが高く¹⁾、特に食道がんや膵がんで高いリスクが報告されている^{1,3)}。

(4) 精神疾患、精神症状

うつ病をはじめとする精神疾患は自殺の重要なリスク因子である^{6,10)}。がん患者の場合も自殺前に半数以上がうつ病や適応障害などうつ状態に該当し、明確な精神医学的診断がつかない事例は少ないとされる¹¹⁾。一方、がん患者の自殺事例では、がん患者以外の場合と比較してアルコール乱用やパーソナリティの問題を合併する割合は少ないとされている¹²⁾。また、自殺の直前には、抑うつ、興奮、不安、不眠などの精神症状の出現・悪化が多く報告されている⁵⁾。しかし、自殺事例の多くは精神心理的領域の専門家を受診しておらず^{5,13)}、抑うつや自殺リスクのスクリーニング評価を回答しなかった患者は特に自殺のリスクが高い可能性がある¹⁴⁾。

(5) 希死念慮、過去の自殺企図・自傷行為

希死念慮は自殺の重要なリスク因子であり^{6,10)}、入院中の自殺事例でも直前に希死念慮や自殺をほのめかす表現が多くみられている⁵⁾。また、過去の自殺企図は自殺の強いリスク因子であり^{6,10)}、がん患者においても自傷行為歴はリスク因子であるが¹⁵⁾、がん患者以外の自殺事例と比較すると自殺企図歴を有する割合は少ないとの報告もある¹⁶⁾。

(6) 直前の「悪い知らせ」

がん診断1カ月以内の自殺のリスクが特に高いことから^{3,8)}、がんの告知という「悪い知らせ」が自殺に関連する可能性がある。入院中においても病状説明直後の自殺事例が報告されている⁵⁾。

(7) 痛みなどの身体症状

緩和不十分な痛みはがん患者の自殺のリスク因子であり¹³⁾、入院中の自殺においても直前に痛みや呼吸困難など身体症状が悪化していた事例が報告されている⁵⁾。

(8) 経済問題、社会的支援

経済問題や社会的支援の不足は自殺の一般的リスク因子である^{6,10)}。ただし、がん患者では、経済面や社会的支援の問題があった自殺事例はがん患者以外の場合よりも少ないことが報告されている^{12,16)}。

(9) その他

男性や高齢のがん患者の自殺の頻度が高いが、一般人口と比較した自殺のリスクは性別や年齢による有意な差はわが国ではみられていない³⁾。

3) 希死念慮の頻度

がん患者における希死念慮は、0.7～46.3%と対象や評価方法により幅広い頻度が報告されている¹⁷⁾。わが国では、診断6カ月以内の切除不能肺がん患者の約15%¹⁸⁾、精神科でうつ病と診断されたがん患者の約4割に希死念慮がみられたとの報告がある¹⁹⁾。

4) 希死念慮のリスク因子

がん患者の希死念慮の主要なリスク因子を前出の表4に示す。

(1) 精神疾患、精神症状

うつ病などのうつ状態はがん患者の希死念慮の重要なリスク因子である¹⁷⁻²⁰⁾。絶望感、精神的苦痛、不安はがん患者の希死念慮との関連が報告されている¹⁷⁾。また、希死念慮を訴えるがん患者の精神医学的診断としてせん妄も報告されている²⁰⁾。

(2) 痛み、他の身体的状態

痛みや倦怠感などの身体症状、身体機能低下はがん患者の希死念慮と関連する¹⁷⁻¹⁹⁾。

(3) 社会的支援

社会的支援の不足はがん患者の希死念慮と関連する²¹⁾。腫瘍医との良好な信頼関係は希死念慮のリスクを低減する可能性がある²²⁾。

(4) がんの進展度

進行がん患者は希死念慮のリスクが高い^{17,19)}。

(5) その他

高齢のがん患者は希死念慮のリスクが高い¹⁷⁾。性差は明らかになっていない¹⁷⁾。

(原島沙季)

■ 文 献

- 1) Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med* 2022; 28: 852-9
- 2) Amiri S, Behnezhad S. Cancer diagnosis and suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res* 2020; 24: S94-S112
- 3) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, et al. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: a nationwide population-based study in Japan (J-SUP-PORT 1902). *Cancer Med* 2023; 12: 3442-51
- 4) Harashima S, Fujimori M, Akechi T, et al. Death by suicide, other externally caused injuries and cardiovascular diseases within 6 months of cancer diagnosis (J-SUPPORT 1902). *Jpn J Clin Oncol* 2021; 51: 744-52
- 5) Inoue K, Kawanishi C, Otsuka K, et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res* 2017; 250: 155-8

- 6) 世界保健機関 著. 自殺予防総合対策センター 訳. 自殺を予防する 世界の優先課題. 2014 https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/suicidereport_jpn.pdf (2023 年 1 月 23 日閲覧)
- 7) 国立がん研究センター 編. がん医療における自殺対策の手引き (2019 年度版) <https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/020/ganiryoku.pdf> (2023 年 1 月 23 日閲覧)
- 8) Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366: 1310-8
- 9) Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, et al. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019; 10: 207
- 10) 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会 編著. 日常臨床における自殺予防の手引き (平成 25 年 3 月版). 精神誌 2013; 115: 付録
- 11) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36: 11-20
- 12) Massetti GM, Holland KM, Jack SPD, et al. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology* 2018; 27: 1750-6
- 13) Aboumrad M, Shiner B, Riblet N, et al. Factors contributing to cancer-related suicide: a study of root-cause analysis reports. *Psychooncology* 2018; 27: 2237-44
- 14) Gascon B, Leung Y, Espin-Garcia O, et al. Suicide risk screening and suicide prevention in patients with cancer. *JNCI Cancer Spectr* 2021; 5: pkab057
- 15) Chang WH, Lai AG. Cumulative burden of psychiatric disorders and self-harm across 26 adult cancers. *Nat Med*. 2022; 28: 860-70
- 16) Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, et al. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47: 458-62
- 17) Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E, et al. Suicidal ideation in patients with cancer: a systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care* 2020; 18: 206-19
- 18) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085-93
- 19) Akechi T, Okamura H, Nakano T, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*. 2010; 19: 384-9
- 20) Akechi T, Kugaya A, Okamura H, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 569-73
- 21) Du L, Shi HY, Qian Y, et al. Association between social support and suicidal ideation in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 2021; 30: e13382
- 22) Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, et al. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer* 2014; 120: 2272-81

4 気持ちのつらさの背景

1 気持ちのつらさに関連する要因（心理モデル）

1) 気持ちのつらさに関連するモデル

Engel¹⁾が提唱した生物-心理-社会モデルでは、心理的な問題や身体的な症状・病気は、個人の身体的特徴や疾病・障害の有無などの生物学的要因、パーソナリティ、コーピング、感情、信念などの心理学的要因、および家族関係や友人関係、経済状況などの社会学的要因が相互に影響し合うことによって生じると考えている。すなわち、がん患者の気持ちのつらさを扱う際にも、生物学的・心理学的・社会学的要因を複合的に捉えることが望ましいといえる。

また、医療では、患者が経験している苦痛を「身体的苦痛」「精神的苦痛」「社会的苦痛」「スピリチュアルペイン」といった4つの苦痛、すなわち「全人的苦痛（トータルペイン）」と捉え、これらは相互に関連し合うという考え方がある²⁾。例えば、病気や治療の副作用から生じる痛みや身体症状のあるがん患者は、これらの身体的苦痛から気分の落ち込みや不安を感じ、がん罹患、再発、および転移などに対して不安や恐れを感じる。さらに、仕事や家族の問題、経済的な問題、そして人生の意味への問い、今後に対する見通しをもちにくいといった不確実性の問題など、社会的苦痛や実存的苦痛から、気分が落ち込んだり不安を感じたりすることもある。このように、精神的苦痛は他の3つの苦痛に影響を受けるが、その逆に、精神的苦痛が3つの苦痛に影響を与えることもある。

がん患者の気持ちのつらさに対するパスウェイモデル³⁾では、神経生物学的変化、痛みや身体症状といった「がんによる生物学的ストレス」と、病気の時期、障害の程度、そしてがんによって受けた心理社会的な衝撃やアイデンティティの変化などの「心理社会的ストレス」とが相互に影響しながら、がん患者の気持ちのつらさが生じることを示している。これら2つのストレスは気持ちのつらさに対する複合的な危険要因であるが、これら2つのストレスと気持ちのつらさとの間には、年齢、性別、ライフステージ、過去の経験、パーソナリティ、コーピング、ソーシャルサポートなどの「個人内要因と個人間要因」といった防御要因が介在する。この「個人内要因と個人間要因」の防御要因の介在によって、気持ちのつらさが中程度（正常範囲内）になる場合もあれば、適応障害、あるいは抑うつ障害や不安障害を発症する場合もある。そのため、この防御要因について理解することは重要である。

図1は、これらの理論をまとめて気持ちのつらさに関連する要因について図示したものである。

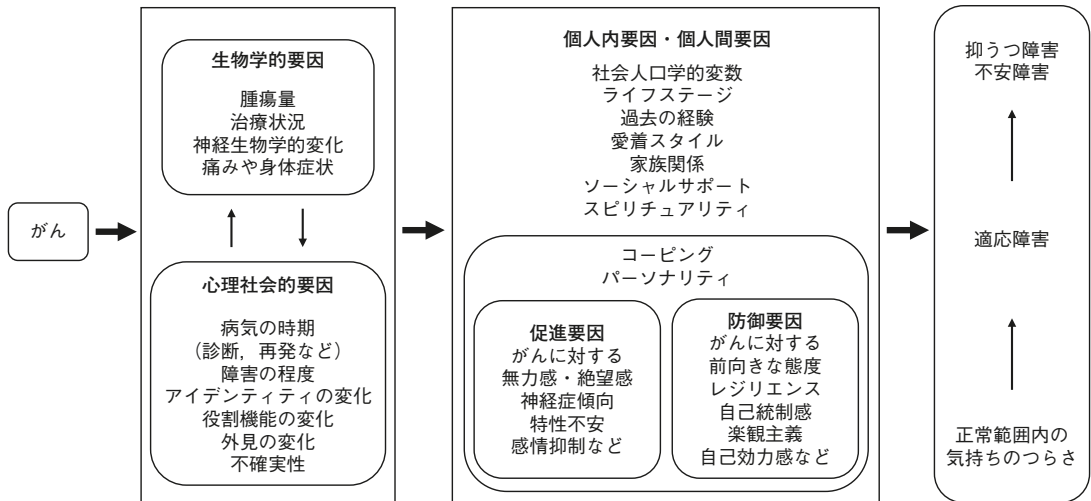


図1 気持ちのつらさに関連する要因

〔Breitbart WS, et al., eds. Psycho-oncology, 2nd ed. Oxford University Press, 2010³⁾を参考に作成〕

2) 気持ちのつらさや心理的適応の考え方

がんに対する心理社会的適応に関する研究が行われるようになった当初は、がん罹患による精神的衝撃の大きさや無力感といった患者の脆弱性を強調していたが、認知的評価理論を提唱した Lazarus ら⁴⁾の影響を受けて、認知的評価とコーピングに注目して、がん患者の気持ちのつらさについて検討されるようになった。その後、ネガティブな状態からポジティブな機能へと着眼点を転換した Seligman らのポジティブ心理学の発展⁵⁾により、がん医療においてもポジティブな側面を重視する傾向がみられるようになる。すなわち、従来の心理学では、長期間ストレスフルな状況に晒された人は心理的問題を生じやすいと考えられていたが、個人のもつ強みや優れた機能に着目して、心理的問題の予防やQOLの向上について取り組むようになってきた⁵⁾。前述した気持ちのつらさのパスウェイモデルにおいても、防御要因が介在することによって、がん患者の気持ちのつらさの程度はスペクトラムに変化すると考えている。ここでは、気持ちのつらさに対する促進要因と防御要因について、主にコーピングとパーソナリティから説明する。

3) コーピングとパーソナリティ

Lazarus ら⁴⁾は、コーピングを「負荷をもたらす、もしくは個人の能力や技能を使い果たし、自分ではどうすることもできないと評価された特定の外的・内的な要求に対して、適切に処理し統制するために行われる、絶えず変化していく認知的・行動的努力である」と定義している。ストレスコーピング理論では、潜在的なストレッサーによる健康への影響は、ストレッサーに対する「認知的評価」と「コーピング」の結果として生じるものであり、特定のコーピングが適応的であるか否かを判断することは難しいと考えている。例えば、コーピングにはストレスフルな状況そのものを解決するために行われる問題焦点型コーピングと情動的な苦痛を軽減させるために行われる情動焦点型コーピングとがあるが、ストレッサーをコントロールできると判断した場合には問題焦点型コーピングが、コントロールできないと判

断した場合には情動焦点型コーピングがストレス反応には有効であるとされている⁶⁾。また、コーピングはパーソナリティとは異なり、個人が意識して努力して行うプロセスであり、意識しないで行われる行動や思考作用によるものではない。

一方、がん罹患という死を連想する状況のなかでは、ある程度、不適切、あるいは適応的なコーピングや認知が見出されている。例えば、helplessness/hopelessness（がんに対する無力感・絶望感）の高い患者は抑うつが高いが、fighting spirit（がんに対する前向きな態度）の高い患者は抑うつが低いことが報告されている⁷⁾。

気持ちのつらさに対する促進要因として、神経症傾向、特性不安、感情抑制傾向などがある（図1参照）。神経症傾向の高いがん患者は、コーピングが不得手で、ネガティブな感情を感じやすく、抑うつと結びつきやすい⁸⁾。また、特性不安が高いがん患者も、抑うつや不安を感じやすい⁹⁾。そしてネガティブな感情の表出を抑制するがん患者は、がんに対するネガティブな感情を一人でかかえ込み、抑制するため、結果として抑うつや不安が強くなることが示唆されている⁹⁾。

一方、気持ちのつらさの防御要因として、レジリエンス、首尾一貫感覚、楽観性、自己効力感などがある（図1参照）。レジリエンスとは、「心的外傷や逆境、悲惨な出来事、進行中の重要なストレッサーに直面しても適応を示す過程や能力」（アメリカ心理学会）と定義され、「現実的な計画を立て、それを実行する手段を講じる能力」「自分自身に対するポジティブな見方や、自分の強さや能力についての自信」「コミュニケーションと問題解決のスキル」「強い感情や衝動を取り扱う能力」といった4つの能力で構成されている¹⁰⁾。がんという困難な体験のなかでも、多くのがん患者がこのレジリエンスを示すことが報告されており、がんというストレスに向き合うなかで病気になった意味を考え、新しい世界観を獲得するなど、ポジティブな感情や自己成長を経験することが示されている¹¹⁾。類似の概念に、自身の生活・人生は自分で形作るものであると考える「コントロール可能感」、物事に積極的に関与しようとする姿勢の「コミットメント」、人生の変化を脅威とみなさず、成長するための刺激と捉える「チャレンジ」を好むという特徴をもつハーディネスがある¹²⁾。ハーディネスが不快な出来事をストレッサーと認知せずに取り組む強さであるのに対して、レジリエンスは、ストレスによる苦痛から立ち直る強さ、すなわち精神的回復力を表すという点で、がん医療では特に注目される。さらに、レジリエンスを促進する首尾一貫感覚は、自分の日常生活や人生に直面する問題などについて把握する力である「把握可能感」、直面した問題に対し、自分で処理できるという「処理可能感」、自分が直面する問題に対する意味を見出すことのできる「有意味感」から構成されている¹²⁾。そして、楽観性の高さやソーシャルサポートもレジリエンスを促進する要因である¹³⁾。その他、がんに対して自分で対処できるという自己効力感、特に情動統制の効力感が高いがん患者は、抑うつや不安が低いことも報告されている¹⁴⁾。

4) まとめ

がん患者の気持ちのつらさの関連要因には、病状、身体症状、治療状況といった生物学的要因や、がんによる心理社会的衝撃、人生の軌跡、アイデンティティの変化といった心理社会的要因などがあり、これらの危険要因が複合的に関係している。一方、コーピング、パーソナリティ、家族関係、およびソーシャルサポートなどの個人内・個人間要因が、がん患者

の気持ちのつらさの防御要因として介在しているため、これらの要因を含めて気持ちのつらさについて理解して支援する必要がある。

(岩満優美)

■引用文献

- 1) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36
- 2) 岩満優美. 生物-心理-社会モデル. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp34-35, 丸善出版, 東京, 2019
- 3) Li M, Hales S, Rodin G. Part VIII Psychiatric disorders. Chapter 41 Adjustment Disorders. In Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB et al, eds. *Psycho-oncology*, 2nd ed. pp303-10, Oxford University Press, New York, 2010
- 4) Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishment, New York, 1984 (本明寛, 春木豊, 織田正美 監訳. ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究, 第6版, 実務教育出版, 東京, 2000)
- 5) 杉山匡. ポジティブ心理学. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp 30-1, 丸善出版, 東京, 2019
- 6) 田中佑樹, 嶋田洋徳. ストレスコーピング. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp 140-1, 丸善出版, 東京, 2019
- 7) Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354 (9187): 1331-6
- 8) Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45: 456-63
- 9) 岩満優美. サイコオンコロジー研究—がん患者の心理特性, 心理的苦痛および心理療法について—. 健康心理研 2015; 27: 209-16
- 10) 小塩真司. レジリエンス. 健康心理学事典, 第1版 (日本健康心理学会 編). pp92-3, 丸善出版, 東京, 2019
- 11) Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 208
- 12) 戸ヶ里泰典. 「困難に向き合い対処する力」を知る. 看護 2018; 70: 76-81
- 13) Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, et al. Interventions to promote resilience in cancer patients. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 865-72
- 14) 平井啓, 鈴木要子, 恒藤暁, 他. 末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度の開発の試み. 心身医 2001; 41: 19-27

2 病期・各治療段階など、各場面に特有の気持ちのつらさと対応の考え方

1 診断直後

がんの診断は患者の生命を脅かし人生を一変させる出来事であり、多くの人が今までに経験がないほどのショックを受ける¹⁻⁴⁾。「頭が真っ白で医師の話をほとんど覚えていない」という声は珍しくない。その後がんの診断を信じられずに否定する(例:「どこも痛くないし、がんのはずがない」「誰かの結果と間違えたのだ」)¹⁻³⁾。これは衝撃的な事実から自分を守るための否認と呼ばれる防衛機制である。否認には濃淡があり、がん治療に影響を及ぼすような強いものから一時的で弱いものまで幅広い。ここでの否認は一時的なことが多い。事実が揺るがないことを受け止めて、怒り、不公平感、恐怖、不安を感じる(例:「なぜ自分だけがこのような目に遭うのか」「病気になるような悪いことはしていない」「がんという言葉を見るだけで怖い」「寝ても覚めても不安で頭がいっぱい」)¹⁻⁴⁾。それまでは他人事のように思っていた死を現実的に考えるようになり、実存的な不安、悲しみ、喪失感、無力感、気分の落ち込みを経験する(例:「自分はいなくなる。家族や友人と会えなくなる」「もう子どもの成長を見ることはできない」「夢も将来もすべて失ってしまった」「もうどうしようもできない」)¹⁻⁴⁾。

患者の支えになるものは、家族、担当医をはじめとした医療者、友人などの信頼できる人の存在と相手の心情に寄り添う人間性豊かなコミュニケーションである。涙を流せばそっと見守り、不安を口にすれば耳を傾け、治療と生活に必要な情報を正確に伝えて、時に励まし、質問があれば丁寧に答えて、これから先のことを一緒に考えるというコミュニケーションが幾度となく繰り返されるなかで、患者は安心感を覚え、希望を見出し、前へ進む意欲が湧いてくる^{1-3,5,6)}。不安は消えずに存在しても、共に歩めるようになる。一連のコミュニケーションのなかで、がん診断直後に気持ちがつらくなることは自然で、一般的な見通しとして少しずつ気持ちの安寧を取り戻していくことや、つらさが続いたり強まったりすることがあれば、専門的なサポート・チームに相談できることを伝えることも、不安の低減と安心感の獲得につながる¹⁻³⁾。

がんの診断から適応が始まるまで1週間から10日程度かかるとされるが、気持ちのつらさの変化は一律ではないので、モニタリングを続けることが大切である⁴⁾。その際につらさと支障の寒暖計をはじめとしたスクリーニング・ツールを用いることは有用である^{7,8)}。気持ちのつらさが自殺につながることもある。適応障害やうつ病をはじめとした精神疾患が疑われる場合、スクリーニング・ツールでカットオフ値以上の場合、精神疾患かどうか明確でなくても患者がつらそうにみえたり困ったりしている場合には、精神科や心療内科、緩和ケアチームなど専門的なサポート・チームと共に気持ちのつらさに対応していくことを検討する。

(大庭 章)

文献

- 1) 内富庸介. がんに対する通常の心の反応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp8-20, 創造出版, 東京, 2014
- 2) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学クイックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2009
- 3) Krieger T, Salm S, Dresen A, et al. Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. J Cancer Res Clin Oncol 2023; 149: 3859-70
- 4) Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, et al. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: a meta-analysis. Br J Cancer 2021; 125: 1582-92
- 5) 松島英介. 適応障害への対応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp105-13, 創造出版, 東京, 2014
- 6) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. 精神療法. 精神腫瘍学クイックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編) pp163-180, 創造出版, 東京, 2009
- 7) 清水研. うつ病への対応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp91-104, 創造出版, 東京, 2014
- 8) 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 治療中

治療方針を決める際には、手術、全身麻酔、抗がん剤治療といった侵襲的な治療行為への恐怖、治療の影響が日常生活に及ぶことへの不安、意思決定の葛藤が生じる^{1,2)}。

手術が行われると、身体部位の喪失、傷跡、顔や四肢のむくみなどの外見の変化が生じて、喪失感や自尊心の低下、気分の落ち込みを経験する^{3,4)}。手術の部位次第では、発声機能、排泄機能、性機能が低下もしくは喪失して、対人コミュニケーションと関係性に影響を及ぼし、外出や性行動などの活動性にも影響が及ぶ。患者が心の準備をできるように、事前に治療の効果と予想される後遺症、対応策を説明する^{1,2)}。術後のアビランクス・ケアやリハビリテーションも検討する¹⁾。信頼できる相手に心情を話して悲しむことは、喪失を経験した人にとって大切な方法の一つである。

化学療法や放射線治療に伴う有害事象には、脱毛、皮膚の変化、下痢、便秘、悪心・嘔吐、食欲低下、末梢神経障害などがあって、身体的な苦痛のみならず、喪失感や気分の落ち込み、不安につながる³⁻⁵⁾。特に脱毛については、女性乳がん患者から「乳房切除よりも脱毛の方がショックだった」との声が聞かれるほど、与える影響が大きい。治療に伴う有害事象と対応策を事前に説明して、患者の症状に合わせてウィッグの相談や皮膚のケア、薬物療法などの対応を行う。悪心・嘔吐のなかには、条件づけが働いて治療を実施する前から症状が出現する予期性悪心・嘔吐がある²⁾。治療開始時から治療の催吐性に応じた的確な制吐療法を行う⁶⁾。

事前の説明と有害事象への対応をしても、患者が治療中に気持ちのつらさを経験することは一般的である。治療中の気持ちのつらさには、包括的なアセスメントに基づいて多職種で多面的に対応する^{1,2)}。例えば、気持ちのつらさの背景につらい身体症状があれば症状緩和を図り、医療費の心配があれば費用の見込みと社会保障制度を説明する。休みがちな職場でのコミュニケーションで苦悩していればコミュニケーション上の対処を検討し、弱音を吐けずにリラックスできる場がなくて困っているのであれば、気持ちを落ち着けて話せる時間をつくれるように検討する。

医師、看護師はもちろんのこと、心理士、がん相談支援センターの相談員、薬剤師、理学

療法士，作業療法士，言語聴覚士などの多職種がそれぞれの特性を活かして患者をサポートする。治療中も気持ちのつらさのモニタリングを続ける。気持ちのつらさを尋ねてモニタリングすることには，つらさを知るという意味と常につらさに関心を向けてサポートする準備があることを伝えるという意味がある。患者の気持ちのつらさに合わせて，精神科や心療内科，緩和ケアチームなど専門的なサポート・チームと共に対応する。

(大庭 章)

■ 文 献

- 1) 内富庸介. がんに対する通常の心の反応. ポケット精神腫瘍学 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp8-20, 創造出版, 東京, 2014
- 2) 大西秀樹, 奥山徹, 清水研, 他. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学クイックカンファレンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2009
- 3) Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, et al. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. Breast Cancer Res Treat 2017; 165: 229-45
- 4) Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, et al. Psychological factors associated with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. J Consult Clin Psychol 2013; 81: 299-317
- 5) Nayak SG, Sharan K, Chakrabarty J, et al. Psychosocial distress of head neck cancer (HNC) patients receiving radiotherapy: a systematic review. Asian Pac J Cancer Prev 2022; 23: 1827-35
- 6) 日本癌治療学会 編. 制吐薬適正使用ガイドライン 第2版 一部改訂版 ver.2.2. 金原出版, 東京, 2018 <http://jsco-cpg.jp/item/29/index.html>. (2023年2月17日閲覧)

3 再発・根治不能の告知とその後

1) 再発・根治不能の告知時の気持ちのつらさの特徴と対応

がん治療の進歩は目覚ましく5年生存率は年々上昇しているものの，進行・再発固形がんの多くは治療困難である。「再発＝死に近づく」というイメージや，再び治療に挑まなければならない覚悟が求められること，それでも根治を目指すのは難しくなることなどから，受ける衝撃の程度は計り知れない。再発を告げられた患者の心理過程は，がん診断時のように，衝撃，否認，絶望，怒りを経て，新たな状況への適応をたどるといわれているが，がんの知識ががん診断時と比較し豊富に集積されている分，再発すると根治不能であることや予後が限られることなど事態が深刻であることを理解でき，そのため現実を否認しきれず，大きく打撃を受ける場合がある。2週間程度経過するなかで通常の生活ができる水準に戻るといわれているが，なかには「適応障害」や「うつ病」といった精神医学的な介入が必要な場合もある¹⁾。

再発したがん患者へ接する医療者には，がん診断告知の際と同様，受容，傾聴，支持，共感の姿勢が求められる²⁾。そして，引き続き最善の治療を提供していくことを伝え続けることが重要である。時に，再発・根治不能の告知を受けたことで，怒りを医療者に向ける者に出会うかもしれない。がんになったことに対する怒りや無念さを家族や医療者に向ける場合が一般的であり，置き換え（防衛機制）によると考えられる。このような反応が認められた場合は，背景に高度な心理的苦痛が存在³⁾しているため，表面的な対応ではなく心の奥底に潜んだ患者の苦しみに焦点を当てることが大切である⁴⁾。怒りに向けられると，医療者にも

怒りや拒否感、嫌悪感、無力感など好ましくない感情が沸き上がるのは人として自然なことだが、医療者が自身の陰性感情に気づかずにいると、無意識のうちに患者を避ける行動につながり、その結果、患者の怒りの背景にあるつらさに気づくことができなくなってしまう。怒る患者は「理解してもらいたい」と願っていることを忘れず、怒りを向けられた時には、医療者自身の陰性感情と対峙しながら、怒りに巻き込まれすぎず、傾聴、共感の姿勢で対応することが必要になる。

治療の意思決定をする際は、不安を回避するために早急に決めてしまうのではなく、じっくり考える必要があることを患者に説明することは大切である。がん治療の進歩により、治療の選択肢は増加している。しかし、がんの治療が望めない以上、今後の治療目標は治療から延命とQOLの保持に変化することを患者自身が理解し、この先何を大切に生活していくかについて熟考したうえで、がん治療を決定できることが望ましいだろう⁵⁾。

2) 進行期の気持ちのつらさの特徴と対応

治療が進むにつれ、患者はいつか訪れるがん治療の中止に対する不安をかかえる。抗がん剤治療が一次治療、二次治療と進むにつれて、「使える薬はあといくつあるのか」「抗がん剤が効かなくなったらどうしたらいいのか」などの気持ちを表出する者も多い。また全身状態や有害事象によって、急な治療の中止を余儀なくされるなど、突然の決定に啞然とする場合も少なくない。そのため、今後出現する身体症状やがん治療の見通しについて日頃から話をしておくことは、がん治療中止や終末期に対する心の準備には重要となるだろう。厚生労働省は、自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人達と話し合い、共有するために、繰り返し患者・家族と医療者の間で話し合いをもつことを推奨している⁶⁾。「重篤な病気を持つ患者へのケアプログラム (Serious Illness Care Program: SICP)」の話し合いの手引き^{7,8)}では、話し合いに対する心の準備を確認した後、患者の病状に対する理解や意向の確認を行い、今後の見通しや患者の価値観、生活上の目標、信条など大切にしていることを共有し、それに沿った治療選択の支援をすることとなっている。そして、このような話し合いを行うことで、患者中心の医療やケアの提供が可能となり、不安や抑うつといった気持ちのつらさが改善することが報告されている⁹⁾。

痛みをはじめとした苦痛症状が出現することへの不安をかかえている者も多いため、苦痛の軽減や緩和に努めることを保証するのは大きな安心につながる。これまでできていたことができなくなることや、人に頼らなければならなくなることなどの自律性の喪失に伴う苦痛に対しては、喪失感を最小化し価値観を尊重した日常ケアを提供できるように努める¹⁰⁾。例えば食事介助が必要な状態だとしても、食べる順番は本人の意思に沿うなど、一見些細なことでも本人の意思を尊重した関わりを重ねることは、患者自身の尊重されているという気持ちにつながる。

病状進行とともに、より身近に迫った死に対する防衛機制として、時に否認が用いられる。医師からの病状説明だけを不自然に忘れていたり、軽く捉えているように医療者に映る場合などである。患者のこのような態度は、時間が残り少ないことに焦る医療者との間にギャップを生む。理解力が乏しい患者として繰り返し説明の席を設ける働きかけになりがちだが、

患者が自身の心を守るために行っている無意識の反応として理解し、患者に明らかな不利益が生じていない限りは、否認を尊重することも必要である⁵⁾。例えば、「あと20年生きて孫の成人した姿を見るんだ」など、医療者からみて実現不可能と思われる希望を表出された場合は、それを真っ向から否定するのではなく、「成人した姿を見たいと思っていらっしゃるのですね」というような対話を重ねることは、気持ちのつらさの緩和には有効だろう。

(梅澤志乃)

文献

- 1) Massie MJ. 正常反応と精神障害. Handbook of Psychooncology (Holland JC, Rowland JH, eds). pp255-63, メディサイエンス社, 東京, 1993
- 2) 明智龍男. 精神療法. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp167-84, 創造出版, 東京, 2012
- 3) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介. 進行・終末期がん患者に対する精神療法. 精神誌 2004; 106: 123-37
- 4) 大西秀樹, 奥野滋子. がん患者への精神療法. 緩和医療学 2005; 7: 152-8
- 5) 内富庸介. がんに対する通常の心理反応. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp45-58, 創造出版, 東京, 2012
- 6) 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書. 2018 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingi-kai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf> (2023年2月16日閲覧)
- 7) Bernacki RE, Block SD; American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med 2014; 174: 1994-2003
- 8) 竹之内沙弥香. 重篤な病気を持つ患者との話し合いとその課題について ACP 支援のプログラム SICIP の意義とエビデンス. 看管理 2020; 30: 128-39
- 9) Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the serious illness care program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2019; 179: 751-9
- 10) 森田達也, 福田かおり. スピリチュアルペインを和らげるための日常的なケアの工夫. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp50-70, 青海社, 東京, 2017

4 終末期

1) 抗がん治療中止の知らせ

終末期は、一般的に治癒の可能性がなくなり、予後が概ね6カ月の時期と定義される。この時期に入ると、患者は抗がん治療が続けられないことを告知される。身体の重篤さが増す分、再発時より病状を受け入れざるを得ない面もあるといわれているが、多くの患者にとってつらい知らせであることには変わりないため、伝え方については十分な配慮が必要である。抗がん治療中止の告知を実際に受けた患者の意向調査¹⁾では、「つらい症状や困っていること、気がかりなことに関する話を十分きいてほしい」「痛みをはじめ、緩和ケアで身体症状をコントロールできることを伝えてほしい」「現在の病気の状態および今後出現する身体症状について説明してほしい」が高い傾向にあった。この結果から、医療者には「つらい症状はないですか?」「困っていることはないですか?」「気がかりなことはないですか?」など積極的に尋ね話しやすい雰囲気をつくること、苦痛症状は緩和できることや和らげるために医療者が努力することを伝えること、そして現在の状態とこの先の身体症状の出現の見通しを説明することが求められる。そして、これらのコミュニケーションは、治療目標が治癒から延命に変わった時点から重ねておくことで、患者中心の医療やケアの提供が可能となり、気持ちのつらさの緩和につながる事が報告されている²⁾。

2) 終末期の気持ちのつらさの背景にある精神医学的問題

緩和ケアの現場において、進行・終末期がん患者の10～30％程度に希死念慮や安楽死の希望があることが示されている³⁾。希死念慮や自殺企図の背景の多くに精神疾患が存在するといわれており、がん患者においては、うつ病、適応障害をはじめとした抑うつ状態、せん妄の存在が明らかになっている³⁾。また、がん患者の希死念慮の背景には、精神医学的問題に加え、さまざまな苦痛が存在していることも多く、痛みなどの身体的苦痛、うつ病や絶望感などの精神症状、乏しいソーシャルサポート、自律性の喪失や依存の増大といったスピリチュアルペイン/実存的苦痛など、複数の要因が示唆されている³⁾。

「死にたい」「早く逝かせてほしい」などの訴えが終末期がん患者から聞かれた時は、その訴えに至った複数の要因を系統的に評価し、対処できる苦痛について検討する。系統的評価は、「身体的問題→精神医学的問題→社会経済的問題→心理的問題→スピリチュアル/実存的問題」の順に行うことが問題への対応を間違えないためには重要と考えられている⁴⁾。系統的評価についての詳細はII章 7-2「包括的アセスメント」を参照されたい。コントロールされていない痛みの存在はうつ病の原因の一つであることはよく知られているが、これは身体的問題である痛みの緩和を図ることが、精神医学的問題のうつ病の改善には必須であることを示している例であり、痛みの緩和を図らないまいうつ病の治療を進めても、おそらく気持ちのつらさは緩和されないだろう。このことから、評価の進め方を間違えると気持ちのつらさの緩和につながらないことが理解できる。

3) スピリチュアルペイン/実存的苦痛とケア

ここでは、前述2)で述べた系統的評価の「スピリチュアル/実存的問題」について述べる。終末期には、大切な人との関係を失うこと、自律性を失うこと、身体機能を失うために生じる自立性の喪失など、多くの喪失が待ち受けている。「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」「自分の一生はなんだったのか」など喪失に伴う苦痛は、スピリチュアルペイン/実存的苦痛と表現され、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」の定義が汎用されている⁵⁾。死が差し迫った状況でスピリチュアルペイン/実存的苦痛が表現されることは稀ではない。

村田⁶⁾はスピリチュアルペインの原因を3次元で考察している。1つ目は生きることに限りがあることや将来を失ったことを意識した時に、生きることが無意味で無目的なものに感じ表出される痛みであり、時間性（将来）の喪失による苦悩である。2つ目は自身が死ぬことによって他者との関係が断絶することを意識した時に感じる痛みであり、他者との関係性の喪失に伴う苦悩である。3つ目は身体が衰えできなくなることを体験した際に、自分が無価値で無意味なものに感じる痛みであり、自律性（自立・生産性・自己決定）の喪失による苦悩である。

スピリチュアルペイン/実存的苦痛を抱く終末期がん患者と向きあう際には、患者の気持ちを理解しようとしている姿勢を伝え、一人の人間としての患者を尊重し、「共にあろうとすること」である⁷⁾。苦痛緩和が図れない状況は医療者に無力感を抱かせ、時に足が遠のくことがあるが、そのような行動は患者の孤独感を強めることとなる。逃げずにそばに居続けることがスピリチュアルケアの第一歩となる。そして、「時間性」「関係性」「自律性」の喪失を

最小限にし、新たな関係性や自律性となるものや、死を超えて継続する将来を見出すことにより、患者が自己の存在と意味を取り戻せるように支援することが必要である⁸⁾。例えば、「時間性」の喪失に関しては、やり残したことが達成できるように共に考えたり、「関係性」の喪失に関しては、患者が家族や大切な人に対して心配している内容を明らかにし、現実的に今やっておけることを話し合い、実現を支援するなどである⁷⁾。

(梅澤志乃)

■ 文 献

- 1) Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* 2015; 121: 4240-9
- 2) Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the serious illness care program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019; 179: 751-9
- 3) 明智龍男, 奥山徹, 佐川竜一, 他. 希死念慮. *緩和医療学* 2005; 7: 256-66
- 4) 小川朝生. 心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介編). pp36-52, 創造出版, 東京, 2014
- 5) Murata H, Morita T, et al. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 2006; 4: 279-85
- 6) 村田久行. 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケアアセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. *緩和医療学* 2003; 5: 157-65
- 7) 森田達也, 福田かおり. スピリチュアルペインを和らげるための日常的なケアの工夫. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp50-70, 青海社, 東京, 2017
- 8) 森田達也. スピリチュアルペインに関する研究から学ぶ. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き, 第2版 (田村恵子, 河正子, 森田達也 編). pp111-15, 青海社, 東京, 2017

5 遺伝子診断・遺伝カウンセリング

1) はじめに

遺伝性腫瘍は、多臓器にわたり同時性・異時性のがんを発症する、という特徴があるため、患者は生涯にわたり医療機関への受診が必要となる。さらに、遺伝性腫瘍を受け継ぐ可能性のある家族や、すでに受け継いだことが明らかになった家族も含めて、家系丸ごと、生涯にわたり支援していくことが必要である。

2) 遺伝情報の提供による精神的影響

遺伝カウンセリングは、主治医などから遺伝性の可能性を指摘され勧められて受診する人がいる一方で、情報を求めて自ら積極的に受診する場合もあり、ニーズの把握を丁寧に行いながら、遺伝性腫瘍に関する情報提供と必要があれば遺伝子検査を行うなど、本人の意思決定を尊重しながら進める。

遺伝情報の提供による精神的影響に関する研究は、欧米において、遺伝性腫瘍の遺伝子が同定され始めた1990年頃より報告されるようになった。遺伝カウンセリングや遺伝子検査後の心理・社会的側面について検討した結果、遺伝情報の提供によって重篤な精神的衝撃を生じることはないと報告されている¹⁻⁴⁾。

わが国における研究結果も同様である^{5,6)}。遺伝性大腸がんの一つである Lynch 症候群の発端者 (ある家系において遺伝性腫瘍の可能性が確認されるきっかけとなった臨床的にがんを

発症している人)と未発症家系員を対象に1カ月後、12カ月後調査の結果、遺伝子検査の結果開示によってうつ病やPTSDといった重篤な精神的衝撃はみられなかった。遺伝情報の提供による精神的影響は、がん告知後の頻度^{7,8)}に比べて低く、このことは、がん告知は「今」のことであるが、遺伝情報は「起こりうる可能性が高い将来のこと」とであるというインパクトの違いが精神的苦痛の有無に関与していると思われる。一方で、遺伝情報を提供されたことにより小うつ病やPTSDの下位症状(再体験症状や過覚醒症状)がみられた人もいた。この対象者の特徴は、①発端者であること(すなわち、がん患者)、②結果開示1カ月後の時点でも精神的影響がみられた人、③もともと精神的な脆弱性という個人の特性をもっている人、であった。さらに、遺伝性疾患や遺伝子検査を受けた人たちに特徴的で、注目すべき精神的反応と報告されている2つの罪責感もみられた。1つは、子どもに遺伝性疾患を受け継がせてしまうことに関する親が抱いた罪責感^{9,10)}であり、もう1つは、サバイバーギルトとよばれる遺伝性腫瘍の家系のなかで皆が発症し苦しんでいるのに、自分だけは遺伝子を受け継がずに助かってしまったという家族側に生じる罪責感である^{1,11)}。特に、遺伝子変異を受け継がなかった家族は、遺伝性腫瘍を早期発見するために欠かせない定期的な病院受診の必要がなく、医療者との接点がなくなるため、支援方法について検討する必要がある。

3) 発端者への対応の重要性

遺伝カウンセリングを受診する者の多くは、すでにかんを発症した患者であり、発端者の可能性が高い。ゆえに、まずは目の前にいるがん患者自身の身体的側面の状態に着目する必要がある。それは、身体状況が落ち着いていない場合、遺伝という新たな情報に向き合うことは難しいからである¹²⁾。例えば、治療前であれば、それぞれの治療法に対する心配や不安なことは何か丁寧に話を聴きアセスメントし、患者の悩みに対応する。また、手術後であれば創部の痛みは治まってきたのか、薬物療法や放射線治療中の場合には、日常生活に支障をきたすような副作用や有害事象はないのかアセスメントすることも大切である。

そして、同時に、心理面のアセスメントも重要である。がん種や病期によって異なるが、がん患者の5~35%が適応障害、4~9%がうつ病の基準に当てはまることが報告されている¹³⁻¹⁷⁾。したがって、目の前にいるがん患者は、診断告知による精神的衝撃を受け、そのことに向き合い折り合いをつけながら治療に取り組んでいる可能性もある。加えて、発端者である場合や、精神的な脆弱性がある場合は、遺伝情報という新しい事実に対して精神的苦痛を呈しやすいことを予測しながらカウンセリングを進めていくことが必要である。具体的には、初回の遺伝カウンセリングが重要で、相談者の状況を丁寧にアセスメントする。初めに、家系内のがん発症者の情報を伺いながら家系図を描き、相談者の困りごとや相談内容を整理する。その時の、家系内のメンバーとのコミュニケーション方法や頻度などに関する語りは、相談者が感じているメンバー間の関係性をアセスメントすることにつながり、今後他の家系メンバーに情報共有を行うことが必要になった際に役立てることができる。さらに、がん告知された時は気持ちがどのように反応したのか、他に気持ちがつらくなった経験はあるのか、その際はクリニックなどに相談してみたのかなど、相談者本人の精神的な脆弱性に関するアセスメントを行い、今後の情報の提供の仕方やタイミングなどを検討する際に役立てる。

4) 遺伝情報の受け取り方

がんの診断や再発告知時には、唐突に悪い知らせを伝えるのではなく、「残念ですが」という前置きを用いるなどのコミュニケーション技術が推奨されている^{18,19)}が、遺伝性腫瘍では必ずしもこれが有効とはいえない¹²⁾。遺伝子検査において変異が明らかになったことで、今後どのようにサーベイランスを受けていけばよいのか人生設計が明確になったと述べた患者や、「もうすぐ自分の命は終わる。子どもたちの将来を見ることはできないが、残せる情報があつてよかった。自分たちの健康を守るために役立ててほしい」と語った患者もいた。遺伝情報が、「望ましい結果」あるいは「受け入れがたい結果」であるか、価値判断は対象者が行うものであり、何に価値をおくかは、患者や家族によって異なる。医療者の価値観ではなく、患者や家族のあるがままの気持ちに寄り添う必要がある。

5) ライフイベントに沿った支援

遺伝性腫瘍は若年でがんを発症しやすいという特徴をもつため、疾患や治療による身体的側面への影響だけではなく、心理面や医療費にまつわる経済的側面、就学・就労、結婚・出産などさまざまな社会的側面についての状況を把握し、ライフイベントへの影響を重視したケアが必要となる²⁰⁾。また、遺伝性腫瘍の患者がこの情報を誰といつ共有したらよいのか判断に迷った際に、患者が子どもに遺伝情報開示をするプロセスには、①自らの闘病生活（特に術後の排泄障害）に向き合い、血縁者のことにまで目が向けられない時期、②自らの身体・精神状態が安定し、血縁者と遺伝情報を共有することについて前向きになる時期、③子どもと遺伝情報を共有するきっかけを見定める時期、の3段階があることが報告²¹⁾されており、これを活用してどの段階にあるかアセスメントして、対応を考えることもできる。例えば、①の段階は自分のことで精いっぱいこの時期のため、本人の身体的・精神的苦痛の緩和を優先した支援が重視される。②の段階になると少し遺伝について考えるゆとりが出てくるが、情報過多にならないように本人の状況をアセスメントしながら提供する情報量やタイミングを検討することが必要である。そして、③の段階では遺伝のことに向き合う覚悟が見受けられるようになるため、親としてどのように子どもに対峙していきたいと考えているのか、意向を丁寧に確認しながら支援することを大切にする。

6) おわりに

遺伝性腫瘍の患者や家族へのケアは、特殊な分野であるとの考え方がされてきたが、2020年4月1日から保険診療によって、乳がんまたは卵巣がんの既発症者に対するBRCA1/2遺伝学的検査および遺伝カウンセリングが実施可能になり、健側乳房のリスク低減乳房切除術ならびに乳房再建とリスク低減卵管卵巣摘出術も保険適用となったことにより、日常診療において対応する場面が増えてくると推測される。対象者のニーズや状況を丁寧に把握してアセスメントし、必要と思われるケアを提供することは、がん医療も遺伝医療も違いはない。医療者として、日頃から対象者に真摯に向き合いケアを提供していることをどのような場面でも実践していくことが求められていると考える。

(村上好恵)

■ 参考文献

- 1) Lerman C, Daly M, Masny A, et al. Attitudes about genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *J Clin Oncol* 1994; 12: 843-50
- 2) DudokdeWit AC, Tibben A, Duivenvoorden HJ, et al. Psychological distress in applicants for predictive DNA testing for autosomal dominant, heritable, late onset disorders. The Rotterdam/Leiden Genetics Workgroup. *J Med Genet* 1997; 34: 382-90
- 3) Lerman C, Narod S, Schulman K, et al. BRCA1 testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. A prospective study of patient decision making and outcomes. *JAMA* 1996; 275: 1885-92
- 4) Aktan-Collan K, Haukkala A, Mecklin JP, et al. Psychological consequences of predictive genetic testing for hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC): a prospective follow-up study. *Int J Cancer* 2001; 93: 608-11
- 5) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al. Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 2004; 101: 395-403
- 6) 村上好恵. 遺伝性非ポリポーシス大腸がんに関連する遺伝子検査の結果開示後の精神的苦痛と罪責感. *日看科会誌* 2010; 30: 23-31
- 7) Okamura H, Akechi T, et al. Depression in patients with advanced cancer. In Eguchi K, Klastersky J, Feld R, eds. *Current Perspectives and Future Directions in Palliative Medicine*. pp67-76, Springer-Verlag, 1998
- 8) Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1998; 39: 102-11
- 9) Meissen GJ, Myers RH, Mastromauro CA, et al. Predictive testing for Huntington's disease with use of a linked DNA marker. *N Engl J Med* 1988; 318: 535-42
- 10) Lynch HT, Lemon SJ, Durham C, et al. A descriptive study of BRCA1 testing and reactions to disclosure of test results. *Cancer* 1997; 79: 2219-28
- 11) Huggins M, Bloch M, Wiggins S, et al. Predictive testing for Huntington disease in Canada: adverse effects and unexpected results in those receiving a decreased risk. *Am J Med Genet* 1992; 42: 508-15
- 12) 村上好恵. 遺伝性腫瘍の患者と家族への看護. 遺伝性腫瘍学入門 遺伝性腫瘍の基礎知識, 第1版 (平沢晃 編). pp241-5, メディカルドゥ, 大阪, 2022
- 13) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7
- 14) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 2609-22
- 15) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131-7
- 16) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 69-77
- 17) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1594-600
- 18) Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-56
- 19) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11
- 20) 武田祐子. 遺伝性がん家系員のサポートシステム構築に向けて. *看護誌* 2001; 65: 948-51
- 21) 川崎優子. 家族性大腸腺腫症患者が子どもへ遺伝情報開示するまでの意思決定過程の構造. *日看科会誌* 2008; 28: 27-36

3 世代や背景特有の問題と対応の考え方

1 AYA 世代

AYA 世代とは、Adolescent and Young Adult、すなわち思春期・若年成人の世代である。AYA 世代の年齢の定義は、国や団体、文献によってさまざまであるが、わが国では制度の側面から医療や支援が行き届いていないと考えられる 15～39 歳としている。AYA 世代、特に小児慢性特定疾病医療費助成制度が適用されなくなる 18 歳以上（治療継続の場合 20 歳以上）かつ介護保険サービスの適応にならない 40 歳未満までの年齢の患者は、療養の支援が届きにくい状況が続いている。

そして、厚生労働省科学研究班の調査によると、抗がん治療中の AYA 世代のがん患者は、同世代の若年者と比べて不安をかかえる者の割合が多い（38% vs. 26%）¹⁾ことが報告されている。またつらさへの対処がうまくできないことも指摘されている。不安や苦悩が不適応行動（家族・医療者にあたる、治療やケアの拒否、治療アドヒアランスが低いなど）として表現されたり、同じ年齢であっても成長発達に個人差があったり、総じて個別性の高い対応が必要となる²⁾。

1) 病気の特徴

AYA 世代がんは、年間約 2 万人（全がん患者の 2.3%）と少ない。思春期（以下 A 世代）においては 2 千人程度である³⁾。

A 世代では、白血病・リンパ腫・脳腫瘍・性腺腫瘍・骨軟部腫瘍が多い。そして 20 代に入ると、性腺腫瘍、甲状腺がんの割合が増え、20 代後半になると子宮頸がん、乳がんが増加し、大腸がんなども増える。また、いわゆる希少がんと呼ばれるがん種も多い（表 1）。

予後は、15～29 歳において男性 66%、女性 75%であり、がん種によって厳しい予後が罹患当初より予測されるものもある（図 2）。また AYA 世代がん患者の予後の改善が他の世代よりも劣っていることが指摘されている。そして、高齢者に比べると罹患、治療後の時間は長いので、晩期合併症、二次がんなどのリスクが続く。

2) 診療の構造的問題

AYA 世代がんは、関わる診療科が多岐にわたる。ただ施設あたりの患者数は A 世代は数人程度、35 歳以上としても 20 人程度であり、患者は同世代と出会うことは少なく孤立する。また医療者は AYA 世代の患者を担当する機会が少ないため、知識や経験を蓄積しにくく、対応に苦慮することも多い（図 3）。

また小児がんの治癒率が 70%と向上しており、経験者は AYA 世代になり、成人医療への移行上の課題が出てくる。問題点を具体的に挙げると「小児がん経験者自身の問題」「家族（特に両親）の問題」「小児科医の問題」「成人医療専門家の問題」の 4 側面があると示されている⁴⁾。晩期合併症や二次がんをかかえる小児がんを経験した AYA 世代患者をどの診療科が担当するのが適当か検討が続けられている。

表 1 AYA 世代に好発するがんの種類と推計罹患率

罹患順位	0～14 歳	15～19 歳	20～29 歳	30～39 歳
	全体 (124.4)	全体 (124.4)	全体 (281.0)	全体 (857.1)
第 1 位	白血病 (42.8)	白血病 (30.2)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (41.2)	乳がん (184.5)
第 2 位	脳腫瘍 (21.8)	脳腫瘍 (17.2)	甲状腺がん (33.9)	子宮頸がん (113.0)
第 3 位	リンパ腫 (10.2)	リンパ腫 (16.6)	白血病 (32.6)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (72.4)
第 4 位	神経芽腫 (8.8)	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (16.0)	リンパ腫 (29.8)	甲状腺がん (69.3)
第 5 位	軟部肉腫 (6.7)	骨腫瘍 (11.8)	子宮頸がん (26.6)	大腸がん (66.0)
第 6 位	性腺腫瘍(胚細胞腫瘍, ほか) (5.0)	軟部肉腫 (10.5)	脳腫瘍 (19.4)	胃がん (57.3)
第 7 位	骨腫瘍 (4.2)	甲状腺がん (9.0)	乳がん (18.0)	リンパ腫 (39.6)
第 8 位	網膜芽腫 (3.3)	皮膚がん (1.9)	軟部肉腫 (14.5)	白血病 (36.4)
第 9 位	腎腫瘍 (3.2)	上咽頭がん (1.4)	大腸がん (13.1)	肺がん (24.2)
第 10 位	肝腫瘍 (3.0)	腎腫瘍 (1.2) 大腸がん (1.2)	胃がん (10.0)	脳腫瘍 (22.4)

括弧内数値：人口 100 万に対する罹患率（男女合算推計値）

〔「総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究」班編。医療従事者が知っておきたい AYA 世代がんサポートガイド。p3, 金原出版, 2018 より引用（Katanoda K, et al. Jpn J Clin Oncol 2017; 47: 762-71 を基に作成）〕

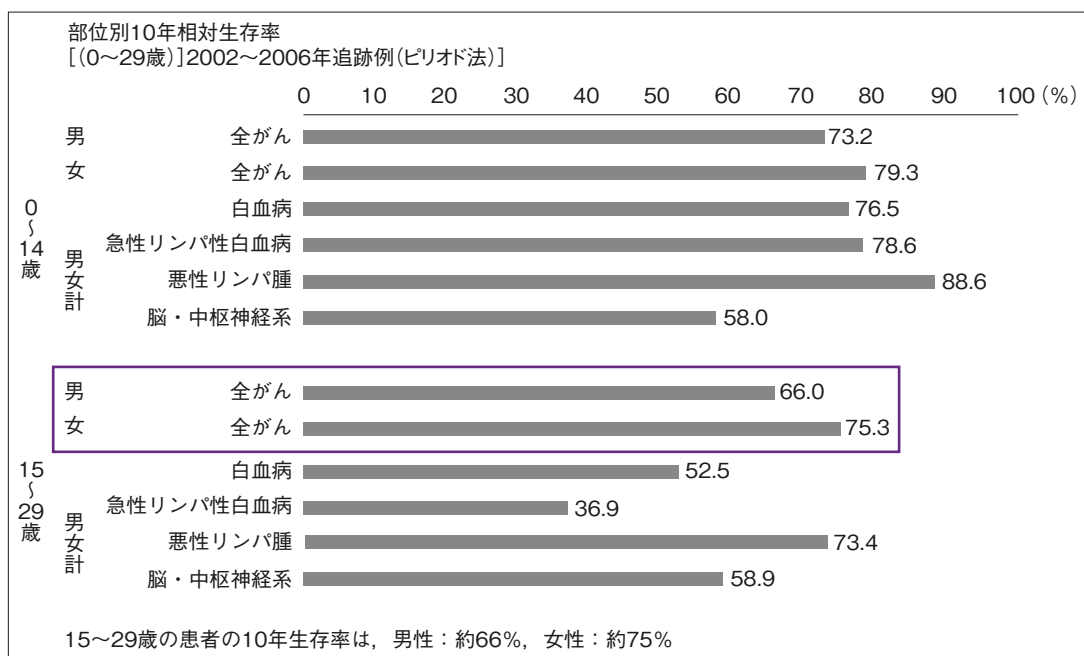


図 2 AYA 世代のがんの予後（部位別 10 年相対生存率）

〔国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」より引用（出典：Long-term survival and conditional survival of cancer patients in Japan using population-based cancer registry data. Cancer Science 2014; 105: 1480-6）〕

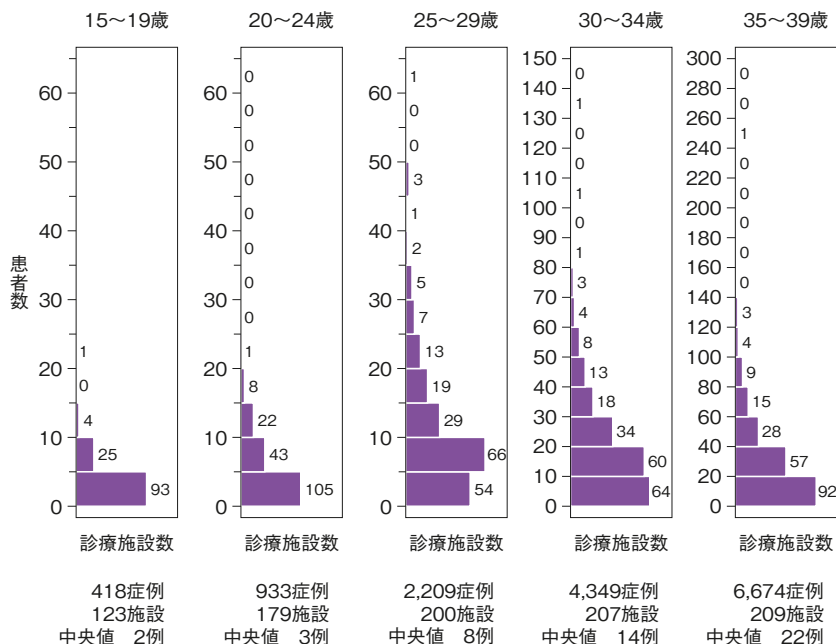


図3 AYA世代がん（年齢階級別、施設毎）患者数分布

〔「総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究」班編．医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド．p8，金原出版，2018より引用〕

3) ライフサイクルと成長発達

AYA世代の大きな特徴は、生活や成長の変化の時期ということである。生物学的成長は、生殖系が成熟し、第二次性徴期が発現する。そのため不安や恥じらいの気持ちが生まれ、自分だけの空間が必要となってくる。性欲や衝動性の高まりを感じ、これらのコントロールに戸惑う時期でもある。

精神・社会面の発達の特徴は、エリクソン（Erikson, E.H.）の発達理論に示されている通り、アイデンティティの確立である（表2）。この時期は、就学・就労という大きな変化のなかで、自立・対人関係の課題に直面するものである。A世代は、就学期であり、これから社会的自立に向けて変化が大きい。進学先を考えたり、一人暮らしを始めたり、恋愛をしたりする。若年成人（YA世代）は、精神的・経済的に自立するために就職したり、社会に出て自分の在り方を考えたり、家族をつくる作業をしたりする。

A世代の成長発達の特徴は、知的能力の発達、性的感情の発達、自我の発見や社会的な自立への欲求、アイデンティティの確立をめぐる葛藤、YA世代はアイデンティティを確立し、家族の形成、社会生活や家庭生活のなかでの成熟が特徴となる。

4) 家族にまつわること

A世代の親は、わが子が若くしてがんを罹患したことになり、時に死亡する場合もあり、苦悩する。A世代の患者は心理社会的に親から自立していきたくともかかわらず、がんを罹患することにより、親に頼らざるを得なくなる。

YA世代は、新しい家族をつくっていく時期であるにもかかわらず、がんを罹患すること

表2 エリクソンによる心理・社会的発達段階表

年齢	時期	心理的課題	主な関係性	導かれる要素
生後～	乳児期	基本的信頼関係 vs. 不信	母親	希望
18 ヶ月～	幼児期前期	自律性 vs. 恥、疑惑	両親	意志
3 歳～	幼児期後期	積極性 vs. 罪悪感	家族	目的
5 歳～	学童期	生産性 vs. 劣等感	地域、学校	自信
13 歳～	青年期（思春期）	同一性 vs. 同一性の拡散	仲間 ロールモデル	誠実
20～39 歳	成人期	親密性 vs. 孤独	友だち パートナー	愛
40～64 歳	壮年期	生殖性 vs. 自己吸収	家族、同僚	配慮
65 歳～	老年期	自己統合 vs. 絶望	人類	賢さ・英知

〔エリクソン著、西平直 他訳、アイデンティティとライフサイクル、誠信書房、2011 より引用改変〕

により、配偶者やパートナーに負担をかけることとなる。家族も若年であり、周囲にがん罹患をした経験者が少なく、人生経験も未熟な場合もあり、家族もがんに向き合うことに対してつらい気持ちをかかえている。経済面も不安定な場合があり、がん罹患に伴う苦痛は多岐にわたる。また子育て世代の患者も多く、子どもが小さい場合には子どものサポートについても検討する必要がある。特に親を看取る子どもは、不安が高まると指摘されている⁵⁾。

5) AYA 世代のアンメットニーズ（図4）

AYA 世代のコミュニケーションの特徴として、さまざまな問題をかかえているにもかかわらず、相談をしないということが指摘されている。医療者が何か困りごとを質問しても「大丈夫です、特に問題はありません」と返答が返ってくる。これは情緒的な成長や言葉にする能力が未熟なために自分の気持ちを表しにくいことが影響しているともいえる。

情報の少なさや医療者との関係性などから、相談したくてもできないという状況になっている場合もある。また内容によって、医療者に相談していいのかわからない、医療者も相談されても応えられないものもあり、両者の状況がかけ合わさって相談が成り立たないようである。

76.7%のAYA 世代患者が満たされないニーズを少なからずかかえていることがわかっており、内容は心理社会的な内容が多い⁶⁾。

6) つらさと対応

AYA 世代がん患者は、がんのない対照と比較してうつ病のリスクが3 倍高いと報告されている。転移がんおよび白血病は特にリスクが高い。また初期治療として入院化学療法を受けた患者は、化学療法を受けていない患者よりもうつ病のリスクが高いことがわかっている⁷⁾。そして、精神的苦痛の要因として、痛み、がん診断後の収入状況の変化、がん診断後の仕事・学校生活の変化、ソーシャルサポートの不足が心理的苦痛と関連していることが明らかになっている⁸⁾。

具体的には AYA 世代は、先に述べたが、進学・就職・恋愛・結婚・出産・育児・介護など

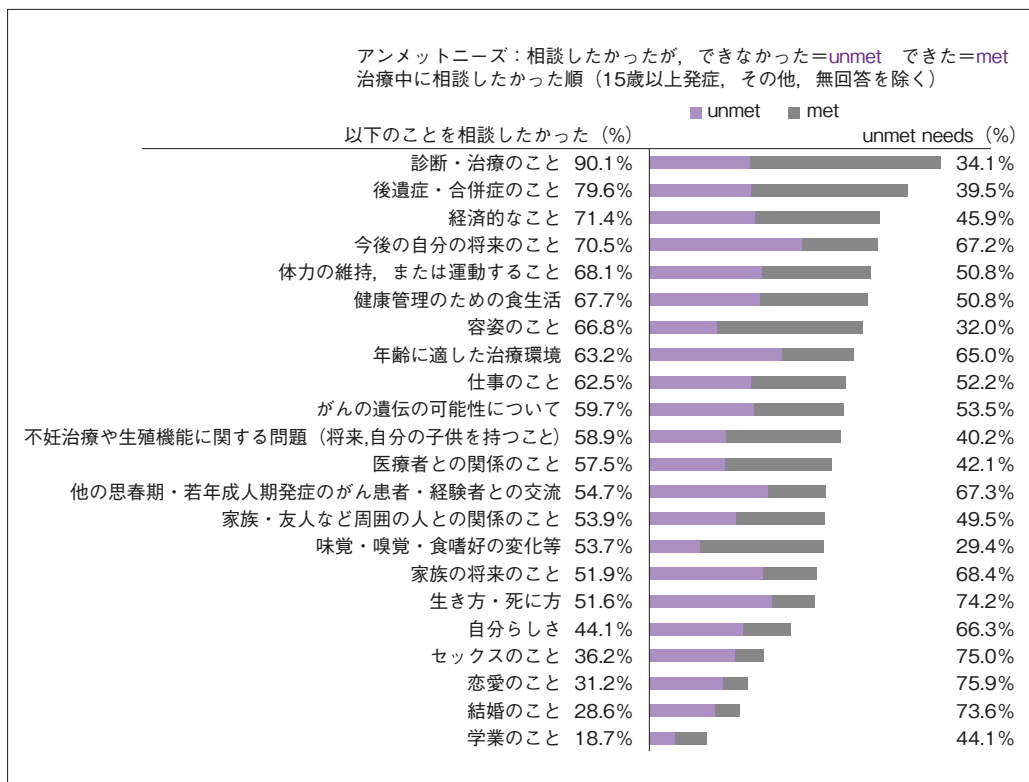


図4 AYA世代のアンメットニーズ

[厚生労働省、第1回小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 資料4、2017より引用]

さまざまなライフイベントがある。その時期にがん罹患が重なると、自分が思い描いていた計画が一気に崩れてしまい、その後ライフプランを変更せざるを得なくなる。若くしてがんを罹患するということは一般的には想像しない事柄であり、かなり衝撃を受け、目の前が真っ暗になる。また家族も同様に戸惑い、精神的に揺れる。そのようななかで情報は少なく、予後不良なこともあり、今後の見通しがもてず気持ちは落ち込む。これまでの生活に変化が起き、いったい自分が何者なのか、どうしたいのかわからなくなり、また対処できるほどの精神力や人生経験が少なく、光を見出せない人もいる。罹患数が少ないことが影響して、AYA世代がんに関する情報は少なく、制度が整っていない場合が多い。また周囲にがん罹患をした人がおらず人生のモデルとなる人がいないために、今後どのように過ごしていいのか考えるヒントが少ない。

成人も同様であるが、つらさの軽減のためには、がん治療の方法・計画だけでなく、患者自身のがんはどのようなものであるか、これまで患者自身がどのような環境で、どのような思いをもって過ごしてきたのか、そして今後どのような生活を送っていききたいのかについて、多角的要素を含んだ繰り返しの話し合いが大切である。一度で理解が追い付かず言葉として語ることができない場合もあるため、早めの段階から話し合いに力を入れていくことが求められる。AYA世代がん患者が語る少ない言葉から、少しずつ紐解いていくことが必要である。言葉にできないから考えをはっきり表明できない特徴があることを念頭に置き、何度

も話をする機会を設けながら、共に考えていく時間をとっていく。

がん種と成長発達と、そしてライフサイクルが複雑に絡み合い、AYA 世代がん患者は一括りにできない特徴がある。そのため、患者の個別性に配慮して対応することが重要である。ただし時間がかかるため早めの対応を心がけ、また患者が言わなくてもつらさをかかえていることを理解したうえで介入していくとよいだろう。

最後に、AYA 世代には未熟な点も多いが、つらい状況や物事を受け止め、苦難を乗り越え、その結果、人に対する優しさや強さ、そして考える力を発揮する人もいる。AYA 世代のそれぞれがその時をその人なりの方法で生きていることを尊重して、力を信じるのが基本となる。

- ・言わなくても、何かつらいことをかかえているという視点をもっておく
- ・語られない悩みはある→話しやすい信頼関係、環境整備を行う
- ・社会的モデルがない→ピアの存在を知らせる
- ・病気の特徴（希少がん、予後不良など）を踏まえて、長期的な見通しをもって、早めに情報収集→多岐にわたる問題に多職種で介入

（白石恵子）

参考文献

- 1) 厚生労働省. 厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）. 総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究. 平成28年度総括・分担研究報告書, 2017
- 2) AYA がんの医療と支援のあり方研究会. 第6回 AYA 世代がんサポート研修会テキスト, p125
- 3) Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, et al. Childhood, adolescent and young adult cancer incidence in Japan in 2009–2011. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47: 762–71
- 4) 石田也寸志. 成人した小児がん経験者の課題. *小児保健研* 2011; 70: 182–6
- 5) Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, et al. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004; 30: 683–94
- 6) Okamura M, Fujimori M, Sato A, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer* 2021; 21: 17
- 7) Akechi T, Mishiro I, Fujimoto S. Risk of major depressive disorder in adolescent and young adult cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2022; 31: 929–37
- 8) Okamura M, Fujimori M, Goto S, et al. Prevalence and associated factors of psychological distress among young adult cancer patients in Japan. *Palliat Support Care* 2023; 21: 93–9

2 高齢者

高齢者のうつ状態・抑うつ状態は、一般人口で約5%に認められ、介護施設のような長期療養施設では42%まで上がるといわれる¹⁾。一般に、若年成人と高齢者を比較すると、有病率に大きな差はない一方、高齢者では、①療養場所による差が大きいこと、②80歳以上になると上昇傾向があること、③再発寛解を繰り返しやすいこと、④うつ状態は疾病の経過に悪影響を及ぼす可能性があること、などの特徴がある²⁾。

高齢のがん患者においては、うつ状態・うつ病の併存は17～26%に認められる³⁾。症状では、若年成人と比較して、不安を伴う場合が多く、多くはがんの経過に対する悲観的な捉え

方と関係する。若年成人と同様、高齢のがん患者においても、うつ病は、痛みの悪化、身体機能の低下、関係性の構築を障害し、療養生活の質を低下させる。加えて、高齢がん患者では、がん治療へのアドヒアランスを低下させ、想定されるよりも早期に亡くなる傾向がある⁴⁾。

このように、うつ病の併存は、高齢がん患者においても、若年成人患者と同じように悪影響を及ぼすにもかかわらず、うつ病を同定することは、若年成人患者以上に難しいと考えられている。その理由は、抑うつ気分の訴えや悲観的な認識が、加齢に伴う変化であると誤解されるからである。医療者が注意をしたいのは、うつ症状を呈することは「歳を重ねること」や「がんに罹患すること」による避けようのない、どうしようもない現象ではないという点である。実際に、歳を重ねることで、幸福を感じる割合は高くなることが知られている⁵⁾。

1) 診断

一般人口においては、高齢者のうつ状態・うつ病は、若年成人と比較して、症状が非典型的で、気分の変化が不明確である。そのため、一般的なうつ病のスクリーニングツール〔Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) や HADS など〕の性能は悪く、うつ状態にある高齢者の 33～83%が見逃されているとの報告がある⁶⁾。臨床においては、通常用いられるカットオフ値をより低く設定し直した場合やカットオフ値以下であった場合でも、より重症である可能性を念頭に置いて診療することが重要である。

うつ状態・うつ病を疑った場合には、若年成人以上に症状の鑑別には注意を払う。特に臨床において忘れてはならないのは、薬物の影響である。気分への影響の大きいステロイドだけではなく、降圧薬などの使用も確認する。加えて、若年成人にはない特徴として、せん妄などの意識障害、認知症や軽度認知機能障害、悲嘆反応、認知機能の低下に関連した環境への不適応などの有無を検討する。特に、認知症に伴ううつ状態や、認知機能の低下に伴う環境への不適応は、治療に関連した環境調整が必要になるため、注意をしたい。

2) 自殺のリスク

高齢がん患者のうつ状態・うつ病に対応するうえで忘れてならないのは、自殺のリスク（希死念慮の確認、切迫性の評価）である。まず、一般にがんに罹患すると自殺リスクは高まることに加え、高齢者は若年者よりも自殺リスクが高い⁷⁾。高齢者ではうつ状態のみならず不安の併存も自殺のリスクに関連する。また、痛みのコントロールができていない状態や倦怠感、身体機能が低下し日常生活の自立が損なわれた場合などは、自殺企図に関連する。加えて、脳転移に伴う認知機能の低下やせん妄の発症、認知症などは衝動性のコントロールを悪化させ、自殺企図につながりやすいので注意をする。

3) 治療や支援

(1) 精神療法（心理療法、サイコセラピー）

若年成人患者と同様に、高齢がん患者においても非薬物療法が有効である。高齢者のうつ状態・うつ病においても認知行動療法の有効性は示されている⁸⁾。一方、認知機能障害のある場合には、問題解決療法のような認知面での負荷の少ない方法が好まれる傾向がある⁸⁾。

高齢がん患者においても、認知行動療法のように構造化された精神療法の適応はある一方、実臨床においては、患者の認知機能のほか、身体症状や治療のセッティングを踏まえ、環境調整や支持的精神療法で対応せざるを得ないことが多い。高齢者では、通院手段が限られたり、移動能力の問題から家族が付き添わざるを得ないことがある。精神的フォローも、がん治療のスケジュールに合わせて調整する必要がある。また、体力が低下していることも多く、治療後の疲弊のため受診が困難であることや集中困難なこともある。痛みや倦怠感のために長時間の坐位を保持することが難しい場面も生じる。身体状況を確認し、対応の優先順位を検討しながら進めることが求められる。

(2) 薬物療法

若年成人患者と同様に、高齢がん患者においても薬物療法を実施する。一般には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor：SNRI）、ミルタザピンが用いられる。三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬は、抗コリン作用による有害事象（せん妄や転倒、便秘など）のリスクが高いことから高齢者では避ける。高齢者では、代謝能が低下していること、有害事象が生じた場合に身体機能低下に直結しやすいことから、時間をかけて漸増する。

（小川朝生）

文 献

- 1) Luppia M, Sikorski C, Luck T, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136: 212–21
- 2) Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, et al. Depression among older adults: a 20-year update on five common myths and misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; 26: 107–22
- 3) Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 164–74
- 4) DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101–7
- 5) Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 188–96
- 6) Saracino RM, Weinberger MI, Roth AJ, et al. Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psychooncology* 2017; 26: 1484–90
- 7) Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4731–8
- 8) Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, et al. Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 2014; 79: 160–9

3 家族

1) はじめに

我々の生活にとって、「家族」とは、最も身近な存在であり、2人以上の家族を構成するメンバー（家族成員）が共に暮らしながら営まれている。家族は、毎日の生活を共にするなかで、家族成員同士が互いに影響を及ぼし合っている。特に、家族の成長・発達に伴う変化が起こると、少なからず家族成員はその影響を受ける。変化とは、子どもの誕生・入学・卒業・結婚などの喜ばしい出来事だけでなく、病気・事故・死などの不幸な出来事も含まれ

る。このようなさまざまな出来事や経験を経て、個々の家族の歴史が紡がれていく。

他方で、家族成員は、家庭での生活以外に、学校や職場、地域のグループなどの社会集団にも属している。そのため、その社会集団のなかで過ごし、他者と交流するなかで得られた影響を家庭に持ち帰り、家族成員同士で互いに影響を与え合っていることも少なくない。

現代の家族形態は、三世代家族から核家族および単独世帯数が増え¹⁾、小規模化している。さらに、婚姻関係を結ばない夫婦、同性同士の結婚、里親制度や特別養子縁組による親子など、家族の在り方も多様化している。

また、家族の定義は、その時代ごとの社会的・文化的背景に応じて、その捉え方は異なる。広辞苑では、「夫婦の配偶関係や親子・兄弟などの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団。社会構成の基本単位」とある。以下は、医療者が支援の対象として家族をどのように捉えたらよいかを検討するうえで参考となる定義を紹介する。

- ・家族とは、絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも家族であると自覚している、2人以上の成員²⁾
- ・家族とは、強い感情的な絆、帰属意識、そして互いの生活に関わろうとする情動によって結ばれている個人の集合体³⁾

2) 家族がかかえる問題と対応の考え方

近年、家族の在り方や家族観は個別具体化している。例えば、家を守ることが、個々の家族成員の生活よりも優先される場合がある一方、個を優先させる家族観もあり、1つの家族内でも世代間の相違や葛藤が生じている。したがって、医療者が患者・家族に関わる際には、個々の家族成員の価値観だけでなく、家族成員同士の関係性を踏まえた、家族全体の価値観を理解する必要がある。その際、各家族成員がかかえる健康上の問題や発達課題を踏まえた理解が求められる。さらには、家族を取り巻く地域環境や文化的な背景、これまで紡いできた個々の家族の歴史にも目を向けることで、支援の糸口を探ることができる可能性がある。

3) 気持ちのつらさを有するがん患者の家族

患者と家族の気持ちのつらさは相関することが示唆されており⁴⁾、本ガイドラインで扱う「気持ちのつらさを有するがん患者」の家族は、患者同様に気持ちのつらさを有している可能性がある。患者が「がん」と診断された時から、治療期、サバイバーシップ期、進行・終末期に至るさまざまな局面で、家族にも心理・社会的負担が生じ、がん罹患は患者のみならず家族のQOLに影響を及ぼすと指摘されている⁵⁾。具体的には、患者を看病する家族は、倦怠感・睡眠不足・食欲不振・体重減少などの身体的影響、不安・恐怖・希望の喪失・気分障害・ストレスなどの心理的影響、家族内役割の変化や職業に関連した社会的影響が挙げられる⁶⁾。特に支援が必要な家族の特徴は、ステージⅠ～Ⅱのがん患者の若年介護者、女性、低所得者などが報告されている⁷⁻⁹⁾。なかでも家族介護者が女性の場合、育児や家事などの負担と重なり、介護負担感は大くなるため⁹⁾、特別な配慮が必要である。

他方で、家族に負担をかけたくないと考える患者も多く、さまざまな苦悩を感じている家族を目の当たりにした患者自身もまたつらい気持ちになることもある。そのため、医療者は、患者の苦痛の軽減をはかるとともに家族のおかれた状況や背景にも目を向けながら、心理社

会的・身体的負担感に配慮する必要がある。

また、がんの診断から終末期に至る療養経過のなかでは、治療方針や終末期の療養の場や看取りの場の選択などの重要な意思決定も伴う。その際、患者に意思決定能力があれば、患者本人の意思を尊重することが原則となるが、患者・家族の間で意見が対立する場合もあり、医療者は双方の葛藤や関係性に注視し、支援を検討する必要がある。さらに日本の場合、家族中心の意思決定を好む患者もいるため、重要な意思決定の場面では、個々の意向や希望に応じた対応が求められる。

(浅海くるみ、岡村優子)

引用文献

- 1) 厚生労働省. 2021 (令和3) 年 国民生活基礎調査の概況. 2022 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa21/dl/12.pdf> (2023 年 1 月 12 日閲覧)
- 2) Friedman MM. Family Nursing, Theory and Practice. pp8-9, Appleton & Lange, 1992
- 3) Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs-The Heart of Healing in Families and Illness. pp45, Basic Books, New York, 1996
- 4) Götze H, Brähler E, Gansera L, et al. Psychological distress and quality of life palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer, 2014; 22: 2775-82
- 5) Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, et al. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. Semin Oncol Nurs 2012; 28: 236-45
- 6) Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psychooncology 2010; 19: 1013-25
- 7) Daly B, Douglas S, Lipson A, et al. Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. J Am Geriatr Soc 2009; 57: S293-5
- 8) Donnelly M, Anderson LA, Johnston BT, et al. Oesophageal cancer: caregiver mental health and strain. Psychooncology 2008; 17: 1196-201
- 9) Matthews BA. Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. Oncol Nurs Forum 2003; 30: 493-9

5

気持ちのつらさの評価方法

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こと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：MDASI³⁾、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。当初は全般的な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、不安と抑うつの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. 新潟青陵大院臨床心理研 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の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うる。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 週間程度続く。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) 日本サイコオンコロジー学会、日本がんサポートィブケア学会編。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、医療的見立てとともに、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。いずれががん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な体験」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

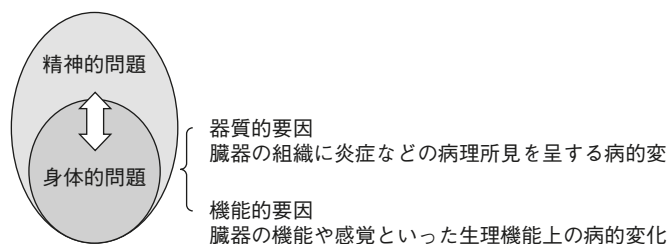


図1 身体症状における身体的問題と精神的問題

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）

患者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）

参考文献

- 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。

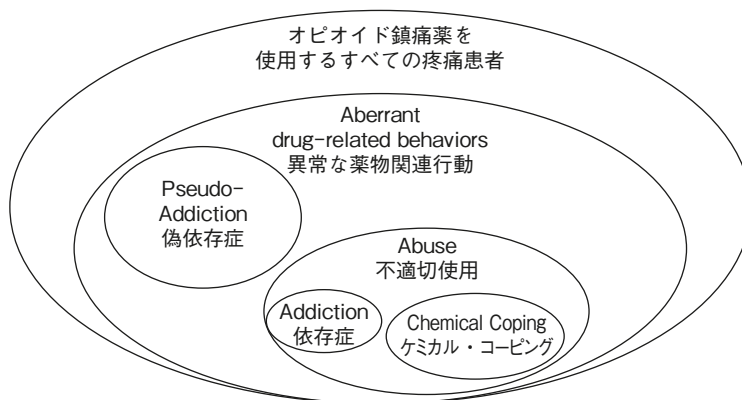


図1 オピオイド使用中に起きうるさまざまな患者の行動

[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回飲んでいます」
- ・「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、鎮痛薬の処方が不十分なために、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。

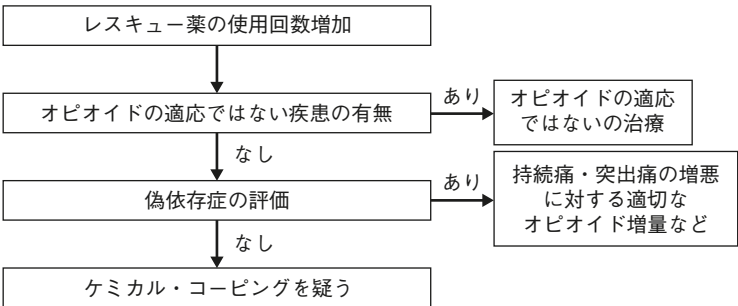


図 2 ケミカル・コーピングと診断するためのプロセス

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と思う。

個性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、医師による自殺幇助であれ、「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、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)

文 献

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

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）。

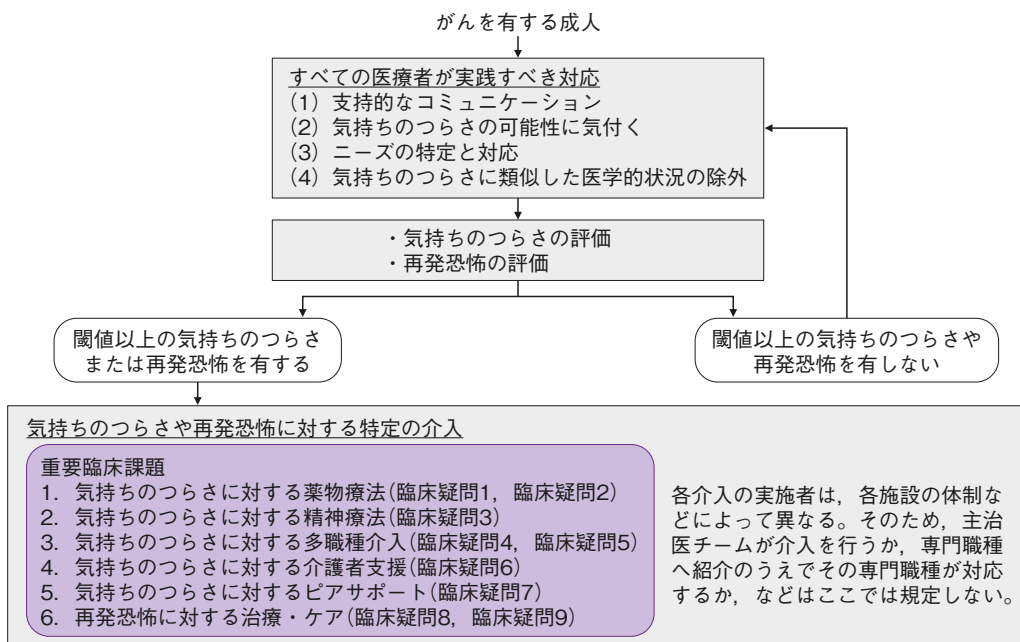


図1 がん患者における「気持ちのつらさ」への対応の流れ

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。

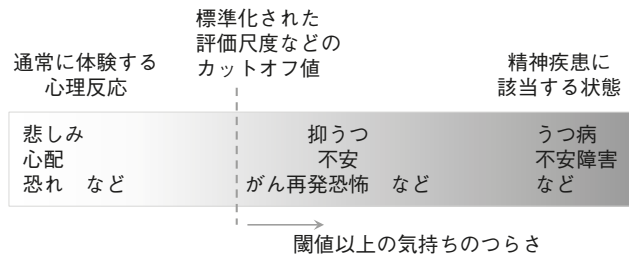


図2 気持ちのつらさのスペクトラムと「閾値以上の気持ちのつらさ」
 [日本緩和医療学会・日本サイコオンコロジー学会 緩和ケア継続教育プログラム
 PEACE プロジェクト資料および Massie MJ. Psycho-Oncology. Oxford; 1998 を参
 考に作成]

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、本ガイドラインに収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, Rücker 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

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

1) 患者-医療者コミュニケーションの重要性

インフォームド・コンセントを前提とする医療において、医療者は患者に対して心身の状態や医療行為について十分説明を行い、理解したことを確認することが求められる。患者は自らの自由意思に基づいて医療者と合意することが求められる。がん医療においては、重篤な有害事象のリスク、治癒ではない治療目標、包括的ゲノムプロファイリング検査など、不確実性が高い、理解や判断が難しい状況で意思決定を迫られる場合がある。このような時、医療者は患者に医学的情報を提供して、患者に意思決定をゆだねるのではなく、患者の意向や価値観、おかれている環境を踏まえ、目標を共有して共同で意思決定を行うことが重要である。

2) 基本的なコミュニケーション技術

医療者は、通常、基本的なコミュニケーション技術（表1）¹⁾を活用して日々の診療を行っている²⁾。患者や家族から症状を聴取したり、医学的情報を伝えるなどの言語的コミュニケーションと、表情や身振りから病状を推し量ったり、気持ちを汲み取るなどの非言語的コミュニケーションを駆使している。特に、ネガティブな感情が喚起される場面では、言語情報以上に非言語情報が多くを伝えるため、医療者は患者の表情や語調に注意を向け、同時に自らの振る舞いに配慮する必要がある。例えば、電子カルテに忙しくタイピングしている医師が「質問はありますか」と早口で尋ねても、患者は質問をためらうだろう。一方で、体ごと患者に向き合い、目を見て「質問はありますか」と落ち着いた口調で尋ねて、数秒待つと、患者は何らかの言葉を発するかもしれない。このように同じ言葉でも使い方異なる意味をもつことがあるため、コミュニケーション行動は個々の状況を考慮し、適切なタイミングで、他者に認識されるように表出する必要がある。

3) 「悪い知らせ」を話し合う時のコミュニケーション技術

がん医療においては、難治がんの診断、再発・転移、抗がん治療の終了など、患者の将来の見通しを根底から否定的に変えてしまう「悪い知らせ」が少なくない。がん患者は診断後短い期間でのうつ病の有病率や自殺率が一般人口よりも高いことが示されている^{3,4)}。しかし医師が患者に悪い知らせを伝える際に望ましいコミュニケーション行動をとると、患者の心理的ストレスを抑制することができる。悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション技術は、患者の意向調査から、場を設定する Supportive environment、伝え方に配慮する How to deliver the bad news、さまざまな話題を話し合う Additional information、気持ちに配慮する

表1 コミュニケーション技術

基本的なコミュニケーション技術			
場を設定する	身だしなみを整える		
	話しやすい部屋を設定する		
	時間を守る		
	名前を確認し挨拶する		
	座る位置に配慮する		
	礼儀正しく接する		
話を聴く	目や顔を見て話す		
	相槌を打つ		
	話を遮らない		
	わかりやすい言葉を用いる		
	質問する	話を促す	
		クローズドクエスション、オープンクエスションを用いる	
		病気だけでなく患者自身への関心を示す	
	応答する	患者の言いたいことを探索する	
		患者の言葉を自分の言葉に置き換えて返す	
	共感する	気持ちを積極的に聴く	
沈黙を有効に使い、患者が気持ちを整理できるよう時間をとる			
気持ちを理解したことを自分の言葉で伝える			
「悪い知らせ」を話し合うコミュニケーション技術			
面談までに準備する	事前に重要な面談であることを伝える		
	事前に家族の同席を促す		
	プライバシーが保たれた落ち着いた部屋を用意する		
	面談の中断を避けるために十分な時間を確保する		
	身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する		
面談を開始する	面談の初めからいきなり悪い知らせを伝えない		
	経過を振り返り患者の病気の認識を確認する		
	患者の認識に現実とのギャップがあれば、その埋め方の戦略を立てる		
	患者の気がかりを聴き、気持ちを和らげる言葉をかける		
	家族にも患者同様配慮する		
悪い知らせを伝える	心の準備ができる言葉をかける		
	写真や検査データを示し、紙に書いてわかりやすく明確に説明する		
	患者の理解度を確認し、話が速すぎないか尋ねる		
	感情を受け止め、気持ちをいたわる		
	質問や相談がないか尋ねる		
治療を含め今後のことを話し合う	標準治療、とりうる選択肢について説明する		
	推奨する治療法を伝える		
	がんの治る見込みを伝える		
	セカンドオピニオンについて説明する		
	患者が希望をもてる情報も伝える		
	患者の日常生活や仕事について話し合う		
面談をまとめる	要点をまとめる		
	説明に用いた紙を渡す		
	患者の気持ちを支える言葉をかける		
	責任をもって診療にあたること、見捨てないことを伝える		

[日本サイコオンコロジー学会 編. コミュニケーション技術研修会テキストSHARE3.3版. 2018¹⁾を参考に作成]

Reassurance & Emotional support の頭文字から SHARE と呼ばれる 4 要素で構成されることが示唆されている²⁾。米国では望ましいコミュニケーション技術を医療者の臨床経験に基づき、場を設定する Setting, 患者の認識を把握する Perception, 患者が何をどこまで知りたいか把握する Invitation, 悪い知らせを提供する Knowledge, 気持ちに配慮する Emotional support, 方針を話し合い面談をまとめる Strategy & summary の SPIKES と呼ばれる 6 要素にまとめられている⁵⁾。SHARE, SPIKES 共に他のガイドラインで紹介されているため、参照されることをお勧めする⁶⁾。「良い知らせ」の際にはコミュニケーションに注力し過ぎる必要はないが、「悪い知らせ」の際には、SHARE や SPIKES を用いて、特に、安心感と共感を示すことへの配慮が求められる。

4) 支持的なコミュニケーション

がんに伴う心身の状態や症状、社会的な状態に困ったり、悩んでいる患者と話し合いながら困りごとや悩みごとを共有し、解決策を共に考えて問題解決を目指すプロセスが支持的なコミュニケーションといえる。表 1 に示したコミュニケーション技術、特に、話を聴くスキルをコアスキルとして実践することで支持的なコミュニケーションの達成につながる。

支持的なコミュニケーションで大切にすべきは、患者の話を非難したり、否定することなく詳しく聴くことである。場合によっては考え方が偏っているのではないかと、こだわりが強いのではないかと感じることもあるかもしれないが、そうならざるを得ない状況かもしれないし、そのような認知的傾向かもしれないと考え、その背景を理解することを心がける。患者の立場で事象を捉えることができれば患者の気持ちを理解できるかもしれない。患者は、医療者から気持ちが理解できたことを伝えられ、実行可能な解決策が提案されれば、不安が軽減し、解決策を試してみようと前向きになれることもある。患者が解決策を試した際には、結果はどうあれ、医療者として患者に試したことを労い、試した時の気持ちを話し合い、改善点を共に考えることを繰り返すことで信頼関係が強固になることが期待できる。

(藤森麻衣子)

■ 文 献

- 1) 日本サイコオンコロジー学会編. コミュニケーション技術研修会テキスト SHARE3.3 版. 2018 <http://www.share-cst.jp/02.html>
- 2) 内富庸介, 藤森麻衣子 編. がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007
- 3) 内富庸介. 癌患者における抑うつ. 日臨 2001; 59: 1583-7
- 4) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, et al. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: a nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). Cancer Med 2023; 12: 3442-51
- 5) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist 2000; 5: 302-11
- 6) 日本サイコオンコロジー学会, 日本がんサポーターブケア学会 編. 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, 東京, 2022

2 包括的アセスメント

1) 包括的アセスメントの重要性

患者はさまざまな背景（ニーズ）をもって、「つらい気持ち」を抱き、医療者の前にいる。例えば、「やる気が出ない」と訴える患者を丁寧に問診すると、実は、痛みや悪心を取りきれていなかったり（身体症状の問題）、病気の見通しが十分に説明されていなくて（あるいは説明はされていても理解できていなくて）不安を感じていたり（病状理解の問題）、治療費・生活費の心配をしていたりする（社会的問題）。こういった多方面のストレス因子を考慮する必要がある。

そこで有用なのが包括的アセスメント（全人的アセスメント）である¹⁾。これは、図1に示す5つの領域を1つずつ順に評価・対応する方法である。包括的アセスメントで問題が明らかになったら、それを支える最適な職種が対応にあたるようにする（多職種連携）。なお、上位の問題は下位の問題に対しても影響をもっているため、問題の評価や対応は、矢印の順に行うことが重要である。例えば、痛みを放置して“精神”や“心理”のケアを行っても十分なケアは難しい。別の例としては、「このように苦しいなかで生きている意味がない」などといった、一見、実存的な苦痛の訴えに対しても、まずは体調を改善するためのケアが十分に行われているか（身体）、うつ病の症状としての希死念慮ではないか（精神）などの評価が大切である。

2) 各領域の詳細

包括的アセスメントに含まれる各領域について詳述する。

(1) 身体的問題

身体的問題には「身体症状」と「患者の疾患理解」が含まれる。「疾患に対する患者の理解」は、患者が「自分自身の病態をどう理解しているか」「それに対してどのような治療や対処法があると理解しているか」「今後の見通しや予後についてどう理解しているか」などを評価する²⁾。次項の「3. 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外」も参照のこと。

(2) 精神的問題

精神医学的問題全般に関する評価が必要であるが、特に、がん患者に頻度が多い、せん妄、薬剤性精神障害、器質性精神障害、うつ病の鑑別が重要である。軽度のせん妄（特に低活動型せん妄）は、「やる気が落ちている」「何か悩んでいる」ようにみえて（実は意識障害でぼんやりしているだけ）、抑うつや実存的な悩みと誤認されやすい。薬剤性精神障害の原因には、ステロイドやベンゾジアゼピン類がよく知られているが、その他に、一部の抗がん剤には、軽度の認知機能障害（記憶力、注意力、精神運動処理速度などの障害）をきたすものもある。全脳照射や全身放射線治療を受けた患者にも軽度の認知機能障害が認められる。このような患者は、「頭に霧がかかったようだ」「考えがまとまらない」などと訴えてうつ病と誤認されることがある。

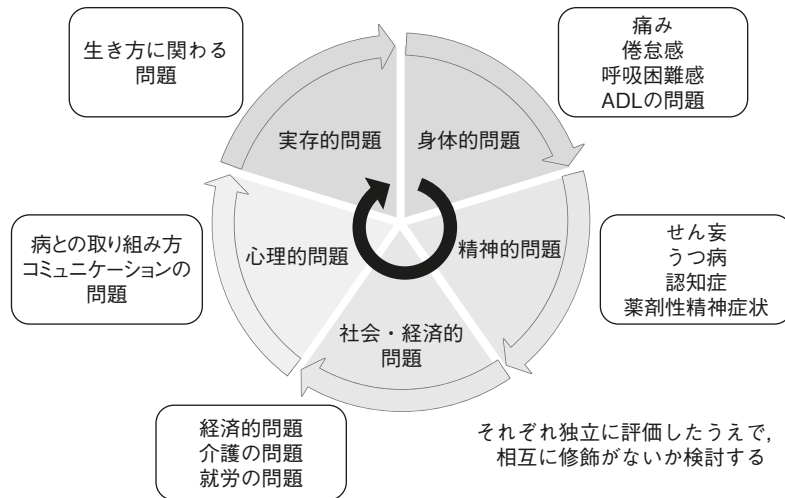


図1 包括的アセスメント

〔藤澤大介: がん治療に活かす心理アセスメント. こころの科学 2015; 184: 73-8¹⁾より引用
改変〕

(3) 社会・経済的問題

社会・経済的問題には、医療費や療養環境、就労・就学、周囲の人との関係性などが含まれる。病院内ではソーシャルワーカーが、病院外では地域包括支援センターなどが窓口となることが多い。

令和5年に改定されたがん対策基本法の、基本理念の一つに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築」があり、「がんとの共生」を目標の一つに掲げている³⁾。特に、がん患者の就労支援は近年重要な社会的問題となっている。患者のなかには、精神的な動揺や不安から早まって退職する人もあり、医療者などから患者に退職を早まらぬよう教育するなど、治療と就労を継続するいわゆる「両立支援」に向けて、医療者から患者への十分な働きかけや、関連機関（例：がん相談支援センターなど）との連携を行うことが重要である。平成28年に発行された「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」（がんに関する留意事項⁴⁾）では、がんの種類や進行度が同じでも、がん治療や治療に伴う症状は患者によってさまざま、個別性に配慮した対応が必要と述べている。同ガイドラインでは、以下の具体的な留意点も示している。

- ①手術後の経過や合併症などに個人差があること。
- ②抗がん剤治療は副作用によって周期的に体調変化を認めることがあり特に倦怠感や免疫力低下が問題となること。
- ③放射線治療中は倦怠感等が出現することがあるが個人差が大きいこと。

就労以外にも、がんに対する「偏見」、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛など）、生殖機能の温存、後遺症および性生活（セクシャリティ）なども考慮すべき側面である。患者会などへの参加が有用なこともある。

ライフステージに応じた配慮も大切であり、小児・AYA世代は学業を受けながらがん治療が必要となることもあれば、治療との両立や晩期合併症のために就職に困難を感じる場合も

ある。他の世代に比べて患者数が少なく、情報やピア・サポートを得ることが難しいこともあって、医療者側からの積極的な情報提供が重要である。

高齢者は、がん治療をきっかけに認知症と診断される場合や、がん治療に伴って認知症の症状が悪化する場合もあり、意思決定支援や、治療選択に配慮が必要である。

(4) 心理的問題

心理的問題には、病気との取り組み方、家庭のこと⁵⁾、仕事や学校、友人との関わり方、医療者とのコミュニケーションをめぐる問題、などが含まれる。

(5) 実存的問題

実存的（スピリチュアル）な問題とは、生きがい、価値観などに関する問題であり、身体的、心理的、社会的因子を包含した、人間の「生」の全体像を構成する一因子とみることができる⁶⁾。宗教的要素が含まれることもあるがそれはごく一部である。具体的な対応策は確立していないものの、患者の価値観や生きがいを理解し、そこに焦点を当てた介入が、進行がんの患者の QOL や抑うつ改善に役立つことがわかっている⁷⁾。

（藤澤大介）

■ 文 献

- 1) 藤澤大介. がん治療に活かす心理アセスメント. ことの科学 2015; 184: 73-8
- 2) Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford University Press, Oxford, 2002
- 3) 厚生労働省. がん対策推進基本計画（令和 5 年 3 月改定）
- 4) 厚生労働省. 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（平成 28 年 2 月）
- 5) Paula Rauch, Anna Muriel. Raising an Emotionally Healthy Child When a Parent is Sick（慶應義塾大学医学部心理研究グループ 訳. 子どもを持つ親が病気
- 6) 世界保健機関 編, 武田文和 監訳. がんの痛みからの解放とバリアティブ・ケア がん患者の生命のよき支援のために. pp5-6. 金原出版, 東京, 1993
- 7) Breitbart WS, Poppito SR. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. 1st ed. Oxford University Press, New York, 2014（大西秀樹 監訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための個人精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017）

3 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（不安・抑うつ）に類似した症状をきたす病態には、以下のようなものが含まれる^{1,2)}。これらの病態は、気持ちのつらさの鑑別診断となるだけでなく、気持ちのつらさと併存している可能性もある。関連する検査所見を確認したり、主治医などと連携して、鑑別と対応にあたる。

これらの病態への対応は、気持ちのつらさへの対応より先行して行うことが原則であるが、両者の鑑別が難しい場合や、早急な改善が必要な場合には、両方に対する対応を並行して行う場合もある。

1) 呼吸・循環不全

・低酸素血症, 肺塞栓, 胸水, 肺水腫など

(呼吸困難感が不安症状と誤認される)

2) 代謝性疾患

- ・高カルシウム血症, 高ナトリウム血症, 低ナトリウム血症, 高マグネシウム血症, 低血糖など
- (重症度によって倦怠感や意識障害をきたす)

3) 内分泌疾患

- ・甲状腺機能異常, 副腎皮質機能低下症, 抗利尿ホルモン分泌異常症 (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone : SIADH) など

4) 神経系疾患

- ・認知症に伴う不安・焦燥
- ・脳転移や髄膜播種などの脳器質病変
(意識障害, 失語, 前頭葉障害に伴う発動性の低下などが精神症状としてみられる)
- ・腫瘍随伴症候群
- ・パーキンソン症候群 (仮面様顔貌や寡動が抑うつと誤認されることがある)
- ・てんかん部分発作 (パニック発作と誤診されることがある)

5) 栄養障害

- ・ビタミン B1 欠乏症, ビタミン B12 欠乏症, 葉酸欠乏症など

6) その他の意識障害

- ・軽症の意識障害 (せん妄など) は, 不安・抑うつと見誤られやすい
- ・低活動型せん妄は抑うつ, 過活動型せん妄は不安と誤認されることがある
- ・意識障害の背景はさまざまなものがありうる

7) 薬剤性精神障害

(1) 抑うつを生じうる薬剤の例

- ・ステロイド, インターフェロン, ベンゾジアゼピン系抗不安薬, β 遮断薬, ほか

(2) 薬剤性脳症・意識障害

- ・オピオイドによる意識障害, ベンゾジアゼピン系薬による意識障害, 抗生物質起因性脳症, ほか

(3) ドパミン拮抗薬による錐体外路症状

- ・ドパミン拮抗薬 (制吐薬・抗精神病薬など) による錐体外路症状により, アカシジア (落着かなさ) や, パーキンソン症候群 (寡動) を呈することがある

(4) 薬剤離脱症状

- ・ベンゾジアゼピン、オピオイド、アルコール、ニコチンなどの離脱症状に伴う易刺激性

8) がん（治療）関連倦怠感

- ・がん関連倦怠感、治療関連倦怠感は、抑うつとの鑑別が必要である。両者の特徴を表2に示した³⁾。

表2 がん関連倦怠感と抑うつの鑑別点

	倦怠感	抑うつ
感情	情緒的応答性が保たれている（良いことがあると、嬉しい、楽しい、と感じられる） 体を休めていれば気分は安寧である	情緒的応答性が低下している（良い知らせなどへの反応が鈍い）
意欲・興味	保たれている（だるさがなければしたいと思えることがある）	低下している（何かをしたいという気持ちがない）
睡眠	保たれている どちらかという過眠が多い	過眠・不眠のいずれもありうるが、どちらかという不眠（特に中途覚醒や早朝覚醒）が多い
日内変動	起床時は比較的活力があり、一日の後半に増悪することが多い	一日の前半に増悪

(藤澤大介)

■ 文 献

- 1) Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. J Clin Oncol 2012; 30: 1197-205
- 2) Fujisawa D, Akechi T, Uchitomi Y. Depressive disorders. In Kissane DW, Watson M, Breitbart W, eds. Psycho-oncology Care Series: Companion Guides for Clinicians: Management of Clinical Depression and Anxiety. pp23-41. Oxford University Press, New York, 2017
- 3) Fujisawa D, Uchitomi Y. Depression in Cancer Care. In Watson M, Kissane D, eds. Psycho-oncology Care Series: Companion Guides for Clinicians: Management of Clinical Depression and Anxiety. pp23-41. Oxford University Press, New York, 2017

4 家族への関わり方・連携

がん罹患は、本人のみならず家族にも甚大な影響を与える。患者の生活スタイルや家庭内での役割変化は、同時に家族の職業生活や家庭生活、そしてそこでの役割をも大きく変化させる。また、心身両面のつらさをかかえる患者を間近で支え続ける際には、家族のなかに不全感や喪失感などさまざまな感情が去来し、時に患者との行き違いが生じて接し方に苦慮するような場面も生じるだろう。他にも、介護問題や経済的問題、学業・習い事の継続を含めた子育て問題など、家族が直面する問題は非常に多い。このような問題は、患者のかかえる問題とはまた異なったものではあるが、家族は、患者と同等の精神的苦痛を感じていることも指摘されている¹⁾。もちろん、精神的苦痛のみならず、生活の変化や負担の増大により身体的不調をきたす家族も多い。このようなことから、家族は「第二の患者」と呼ばれることがある。家族は、患者に対して情緒的・介護的・経済的支援を継続的に行い、意思決定場面では責任を共有するなど「ケアを提供する」側面をもつと同時に、第二の患者として多くの

困難をかかえ「ケアを必要とする」側面も持ち合わせている²⁾。これら2つの側面から家族を理解して関わるのが、医療者には求められる。

1) 家族と関わる際の心構え

一人ひとりの患者に個性があるのと同様、家族の姿や在り方も多種多様である。すべての家族は、各々に異なった強さと傷つきやすさの側面をもっている³⁾。また、がん罹患に対する家族の反応や、適応に向けた努力の仕方もそれぞれ異なるだろう。患者の日頃の不摂生に毒づく家族もいれば、根拠のない自責の念にとらわれる家族もある。外での仕事に打ち込むことで現実を見ないようにする家族もいれば、すべてを投げ打ってでも患者との時間をつくらうとする家族もいる。医療者には、そのような多様な家族のスタイルに柔軟に対応することが求められる。そのためにも、医療者自身のもつ家族イメージを見直しておき、それをそのまま患者の家族に当てはめようとしないことは重要である。「家族はみな一様に患者を心配し、患者のサポートに最善を尽くしている(尽くすべきだ)」,といったバイアスや信念も、時に医療者の目を曇らせ、余計な感情を喚起し、ケアを困難にさせてしまうだろう。例えば、若年の患者の家族と接する際、医療者が「親」としての自身の感情や思いをそこに混在させ、過剰反応してしまうケースも少なくない。むしろ、家族が患者に対してもつ感情や態度は一概に語れるようなものではなく、多かれ少なかれアンビバレントな性質を含んでいるものだ、と考えればこそ、家族の感情や対応の揺れにその都度振り回されることなく付き合っていくこともできる。

2) 連携を考えるにあたって

通常、患者のことを一番側で見てきているのは家族であり、家族は医療者が患者のケアにあたるうえでの力強い協力者となりうる。家族は「医療の専門家」ではないものの、ある意味では「患者の専門家」であるといえる。よって、可能な範囲内で連携をとっていくことが、患者のケアの支えにもなる。連携するにあたっては、先述の「家族の多様性」を念頭に置きつつ、それに関連した次のポイント⁴⁾について、あらかじめアセスメントしておくことが望ましい。

- ①患者をサポートすることへの意欲と実施可能性
- ②サポートを提供する能力
- ③家族の身体的および精神的健康状態
- ④家族の認知機能（記憶、論理的思考、処理速度、注意など）
- ⑤家族の要望と患者の要望とのズレ
- ⑥患者が求めることに関する知識と技術

これらのポイントをもとに、どの程度のことを家族に任せられるのか、親戚など家族以外の者の協力を仰ぐ必要はないかを判断できるとよいだろう。

3) 家族への関わり方

家族に関わる際、まずは常識的な対応が前提となることは言うまでもない。身だしなみを整え、時間を守り、挨拶をすることで、家族に対する敬意や礼儀を示す。そして家族の苦勞

を労う。そのような医療者の態度や行動が、家族と信頼関係を築くうえでの土台となる。また、患者を必要以上に不安にさせてはいけない、気を遣わせてはいけないという思いから、患者には本当の感情を見せづらいという家族は多く、さらに同様の理由から親族や友人にも相談するのをやめてしまい、孤立を深めていることもある。そのような家族に対して、気持ちのつらさを表出できる場を提供するだけでも非常に大きな助けとなる。

気持ちのつらさの表出に加え、「情報」に対する家族のニーズも大きいとされる^{5,6)}。がんという病気について、あるいは患者の呈する症状への対処について知識を紹介することは、家族にとって助けとなる。前者については、「がん」という病名自体に圧倒されてしまう家族も多いため、知識を提供することで不必要な恐れを減らし、より具体的・現実的に考えることができるよう支援できるとよい。後者については、患者の症状への対処法を伝えることによって家族の苦痛が軽減することが指摘されている⁷⁾。ただし、混乱している家族は時に上の空になっていたり、理解力に問題があったりして、聴いているようで意外と内容が頭に入っていないこともある。さらに、がんに関する情報には複雑なものが多い。よって、その時々で必要な情報を正確に、適度な量だけ、わかりやすい言葉で示すことが求められる。印刷物を手渡す、重要なポイントにマーカーを引くなど、後からでも理解しやすい工夫を施すことも有効である。

家族への関わりについて、もう一つ忘れてはならないのが、セルフケアの促進である。セルフケアといっても無理に特別なことをする必要はなく、患者のがん罹患以前から家族が行っていた時間の過ごし方や休息の方法が、そのままセルフケアとなる。家族は精神的・身体的苦痛をかかえながらも、患者のケアやサポートに没頭し、自分自身のケアを怠りがちである²⁾。闘病中の患者に対して遠慮や罪悪感をもち、それゆえに自らが趣味の時間を楽しんだり、リラックスできる時間を過ごしたりすることができずにいる家族は多い。そのような際、自分の生活は自分の生活として守り、持続可能なやり方で患者を支えていけるよう、家族に伝えられるとよいだろう。ただし、この場合も「家族の多様性」を念頭に置きつつ、どのような距離感で接するか、声がけするかについては注意したい。例えば、終末期の患者の家族のなかには、自分が疲弊しようとも、最期の時まで頑張ると心に決めている人もいる。そのような場合、よかれと思ってセルフケアを勧めようとすると、かえって心を閉ざしてしまうこともある。よって、家族の状況や状態を見極めたうえで、家族を見守るスタンスを基本に、声がけのタイミングや提案の仕方を検討することが大切である。

上記のような家族との関わりは、患者へのがん告知時から開始されることが理想的ではあるが、医療機関によっては、そこまでのリソースが不足していることも多い。よって、それが叶わない場合には、家族会などの支援グループを紹介したり、他機関で開催されるがんサロンへの参加を促したりするなど、外部のリソースを有効に活用することも念頭に置いておくといよい。

(福森崇貴)

■ 文 献

1) Kissane DW, Bloch S, Burns WI, et al. Psychological morbidity in the families of patients with cancer.

Psychooncology 1994; 3: 47-56

2) 浅井真理子. 家族への対応. がん医療におけるコ

- コミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか (内富庸介, 藤森麻衣子 編). pp108-14, 医学書院, 東京, 2007
- 3) Lederberg MS, Holland JC. Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳. がん患者心理療法ハンドブック. pp3-25, 医学書院, 東京, 2013)
 - 4) Wiener L, Bevans M, Garee AM, et al. Caring for the family caregiver of cancer patients. In Berger A, Hinds PS, Puchalski CM, eds. Handbook of supportive oncology and palliative care: whole-person adult and pediatric care. pp254-66, Springer Publishing Company, New York, 2018
 - 5) Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. Patient Educ Couns 2009; 77: 179-86
 - 6) Gansler T, Kepner J, Willacy E, et al. Evolving information priorities of hematologic cancer survivors, caregivers, and other relatives. J Cancer Educ 2010; 25: 302-11
 - 7) Bucher JA, Loscalzo M, Zabora J, et al. Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. Cancer Pract 2001; 9: 66-70

5 専門家への依頼を考える時

がん患者のかかえる精神・心理的問題は、その種類、重篤さの程度、複雑さなど多種多様であり、すべての患者に一樣に現れるわけではない。そのため、患者の話にほんの少し耳を傾けるだけで解決に向かうものもあれば、訓練を受けた専門家による援助が不可欠なものもある。よってまず重要となるのは、患者のかかえる問題が、主治医チームの守備範囲内で対応可能なものなのか、あるいは精神・心理の専門家の介入が必要なものなのかの判断である。

判断にあたっては、①がん患者やその家族が、治療生活や日々の生活において、精神面の著しい苦痛を感じていること、②英国 National Institute for Clinical Excellence (NICE) のガイドライン¹⁾に挙げられている「専門家の心理アセスメントとサポート」に関する4段階のうちの第1段階の介入のみでは十分に対処できないこと、がおおよそその基準となるだろう。ここで、第1段階の介入とは、患者のニーズを把握したうえで、支持的な関係を土台とした心理的サポートや適切な情報を提供することを指す。なお、上記のガイドラインにおける第2段階では、患者の心理的な苦痛についてスクリーニングを行った後、必要に応じて問題解決などのシンプルな心理的技法を提供することになっており、ここでは専門看護師など一定の専門的知識を有した者が入ることが想定されている。ただし、わが国では、この第2段階をどの職種やチームが主導して行うかについては必ずしも統一されておらず、主治医チームが簡易なスクリーニングを行った後、そのまま専門家への依頼につなげるケースも多い。

専門家への依頼に関する判断基準をより具体化すると、次のようになる²⁾。

- ①落ち込みやイライラなどの感情的問題が重篤である (自傷・他害のリスクを含む)
- ②一定期間を過ぎた後も苦痛が持続している
- ③かかえている問題が複雑である
- ④患者が価値をおく側面 (例えば、夫婦関係など) において苦痛が生じている
- ⑤患者が利用可能なリソース (例えば、家族からのサポートなど) が少ない
- ⑥精神心理的介入を患者が希望している

このリストには明示されていないが、もちろん、幻覚・妄想やまとまりのない言動など重篤な精神症状が疑われる場合にも、専門家への依頼を考えるべきである。また、活動量が減ってきている、同じ質問を繰り返すようになった、医療者からの指示がうまく入らないな

ど、一見するとそれほど目立たない変化であっても、そこにはせん妄などの問題が隠れていることもあるため、患者の言動に違和感がある場合には、一度、専門家へのコンサルテーションを考えてみるとよい。

なお、主治医チームが専門家への依頼が必要と判断したとしても、患者が必ずしもそれに応じるとは限らない。そのような拒否はしばしばみられることであり、専門家に相談することの敷居がまだまだ高いことの表れでもある。またそれは、患者が自らの問題に対処するための否認や回避などの結果として生じていることもある²⁾。よって、まずは患者の拒否に対して理解を示し、可能な範囲でその理由の把握に努める。もしそこに認識のズレや誤解があればそれを訂正し、それでも紹介が難しそうな場合には、専門家から対応についての助言を受けるなど、患者への間接的な介入も検討する必要がある。

(福森崇貴)

■ 文 献

- 1) National Institute of Clinical Excellence, ed. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. 2004 <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> (2023年1月20日閲覧)
- 2) Pajmans R. Background to the cancer psychology referral guidelines. Pan-Birmingham Cancer Network. 2010 <https://archive.uhb.nhs.uk/Downloads/pdf/CancerPbCancerPsychologyReferral.pdf> (2023年1月20日閲覧)

コラム7

気持ちのつらさと倫理

気持ちのつらさに対応することは、我々医療者にとってどのような倫理的意味をもつのだろうか。

気持ちのつらさに影響されて、「もう放っておいてほしい」と治療の中断を申し出ている患者のケースで考えてみよう。気持ちのつらさは、患者にとって不快な害となる症状である。医療者にとって、患者にとっての害（症状）を取り除くことは、患者に対して善行を果たせという善行原則に適った行為である。特に医療者が治療に際して被るリスクはなく、気持ちのつらさへの対処によって発生するリスクも大きくないことから、気持ちのつらさへ対処することは強く善行原則から要請される。また、患者の福利を最大化するという功利主義的な観点からも、気持ちのつらさに対応することが倫理的に正しいこととなる。気持ちのつらさが改善すれば、患者にとっての苦痛が軽減するし、治療の継続が可能になり、医学的な利益を得ることもできる。また、周囲の家族も、患者の気持ちのつらさの改善により、気持ちが楽になるかもしれない。このように、気持ちのつらさは、最大福利の実現に寄与することから、倫理的に望まれるのだといえよう。

一方で、ここで挙げたケースは、患者は治療の中止を申し出ている。自律的な患者の自己決定を尊重せよとする自律尊重原則の観点からは、放っておいてほしいという患者の申し出はどのように分析できるだろうか。自律尊重原則の前提となっている自律的な状態とは、臨床においては判断能力のある状態と解釈されることが多い。気持ちのつらさがあっても、重度のうつ状態でなければ、判断能力は存在している可能性が高い。とすると、自律尊重原則は患者の「放っておいてほしい」という意向を尊重することを、医療者に対して倫理的に要求することとなる。その結果、医療者は、気持ちのつらさに対処すべきとする善行原則と患者の意向通りに「放っておく」べきとする自律尊重原則の2つの倫理的義務のジレンマに陥ることになると、一見したところ考えられる。

しかしながら、これは自律尊重原則を消極的責務の点だけで捉えたために生じているジレンマである。実は、自律尊重原則は、患者の自己決定を認めるという消極的責務と、患者が自分らしく自己決定できるように支援するという積極的責務に分かれている。そして、医療者に求められているのは、自律尊重原則の積極的責務なのである。つまり、提示したケースにおいては「放っておいてほしい」という患者の意向をそのまま受け入れるのではなく、患者の発言・意向が、真に患者の希望することなのかどうかを探ることを自律尊重原則は医療者に要求するのである。とすると、患者が気持ちのつらさに影響されて「放っておいてほしい」と要求しているのであれば、気持ちのつらさがなければ患者の意向は異なっている可能性があり、自律尊重原則の積極的責務を果たすことは、善行原則との対立を生じないことになる。

また、カントの義務論の観点からは、自律とは理性的に格率^[注1]に照らして行動できる存在を指すのであって、判断能力があるだけでは自律的な存在とみなされないといえる。カントが提示するところの自律を、真の自律と呼ぶならば、医療者は、患者が真に自律的に振る舞えるようにすることこそが倫理的義務となるのである。このケースでは、気持ちのつらさに対処し、そこから解放されることこそが、患者が真の自律的存在になるために必要であることから、カ

ントの義務論の立場からも、患者の気持ちのつらさに対処することが倫理的に推奨されることになる。

このように医療倫理の四原則に代表される原則主義、功利主義、カントの義務論、さまざまな倫理的な立場からみても、提示されたケースにおいて医療者は、患者の意向を鵜呑みにするのではなく、積極的に患者の気持ちのつらさを治療するように努めることこそが、倫理的に要求されるのである。

(瀧本禎之)

[注]

1) 格率とは

カントは定言命法において「格率が普遍的法則となることを、その格率を通して汝が同時に意欲しうるような、そのような格率にしたがってのみ行為せよ」と述べている。つまり格率は「行為主体自らが自分に課した自分の原理」のことであり、その原理が普遍化可能なものである。

8

薬物療法

1

気持ちのつらさに対する薬物療法の考え方

1) 薬物療法の意義

気持ちのつらさの精神症状は抑うつ、不安、不眠などであり、患者に著しい苦痛をもたらす。適応障害やうつ病を中心とした精神疾患が生じることも稀ではない。心理的、社会的な介入によってこれらの精神症状をコントロールすることが困難な場合、薬物療法が果たす意義は大きい。薬物療法によって苦痛が緩和されると、本来の自己回復力が発揮されやすくなり、治癒力が促進される。また、ケアギバーである家族・医療者にとっても支援が容易になり、ケアへの意欲につながる。以下は、がん患者に限定せず、一般的な気持ちのつらさに関する精神症状の薬物療法について述べる。

2) 気持ちのつらさに用いられる向精神薬

気持ちのつらさの精神症状に対して用いられる向精神薬（psychotropic drug）は①抗うつ薬、②抗不安薬、③睡眠薬、④その他（抗精神病薬など）の4つのカテゴリーに分類できる。向精神薬とは中枢神経系に対する作用を通じて、精神活動や行動に変化をもたらす薬物の総称である。向精神薬は主な処方対象となる適応症に従って分類されており、その適応症の主要症状がその薬剤の標的症状とみなされる。例えば、うつ病の治療に使用されるものは抗うつ薬に分類され、その標的症状は抑うつである。ただし、後に別の適応症が追加され、複数の標的症状に対する作用を有する場合がある。例えば、抗うつ薬のうち、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）はうつ病に加えてパニック障害などの不安障害にも適応症を有しており、不安にも作用する。抗精神病薬は統合失調症を適応症とするが、このうちアリピプラゾールやブレクスピプラゾールはうつ病にも適応症が追加され、既存治療で十分な効果が認められない場合に用いられる。

3) 薬物療法の基本方針・方略

気持ちのつらさに対する薬物療法は支持的なコミュニケーション、包括的評価、家族への関わりなどの基本的な対応とともに、単独ないしは非薬物療法と併用して実施される。向精神薬による治療では有効性のみならず、安全性を十分に考慮し、必要最小限の用量で最大限の効果を引き出すことを心がける必要がある。具体的な方略として、①適切な診断に基づく薬剤選択、②安全性への配慮、③患者・家族への十分な説明と協働意思決定（shared decision-making：SDM）が不可欠である。

(1) 適切な診断に基づく薬剤選択

気持ちのつらさの精神症状に対して用いられる向精神薬は、その背景にある精神疾患によって選択される。このため適切に診断を行い、薬物療法の標的症状を特定することが重要である。

①適応障害

適応障害における薬物療法はあくまで補助的なものであり、支持的精神療法を中心とした心理的アプローチを補完し、本来の自己回復力を促す意義をもつ。このため薬物療法は最小限にとどめるのが基本であり、不安、焦燥、不眠などの症状が顕著な場合、自殺リスクが高い場合などに行われる。不安や焦燥には即効性のあるベンゾジアゼピン系抗不安薬がしばしば用いられるが、依存性（特に常用量依存）、認知機能障害などの副作用があるため、長期投与を避ける。抗うつ薬のミアンセリン、トラゾドンが用いられることもあるが、ベンゾジアゼピン系抗不安薬より有効であることは示されていない¹⁾。海外では新規抗不安薬の *etifoxine* が適応障害に対する選択肢として有望視されているがわが国では未承認である^{1,2)}。一方、不眠には睡眠衛生指導を行い、十分でない時に睡眠薬の投与が検討される。

②うつ病

軽症うつ病には抗うつ薬を第一選択とせず、精神療法（心理療法、サイコセラピー）やその他の非薬物療法が優先されることが多い³⁻⁶⁾。英国国立保健医療研究所(National Institute for Health and Care Excellence : NICE) のガイドライン³⁾では、軽症うつ病（大うつ病の診断に至らない診断閾値下のうつ状態を含む）には、本人の希望がない限り、第一選択治療として抗うつ薬を使用しないことを推奨している。日本うつ病学会によるうつ病（大うつ病性障害）の治療ガイドライン⁶⁾でも軽症うつ病に対する薬物療法の有用性そのものは否定できないが、安易な薬物療法は避けるべきとしている。ただし患者が希望する場合、過去に受けた抗うつ薬の治療が有効だった場合、過去に中等症から重症のうつ病の既往がある場合、罹病期間が長期（例えば2年以上）である場合、非薬物療法が無効の場合などには薬物療法が行われる^{4,6)}。その場合、忍容性に優れた SSRI、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)、ミルタザピン、ボルチオキセチンなどの新規抗うつ薬が用いられる⁷⁾。

中等症以上のうつ病に対しては抗うつ薬が推奨される^{3-6,8)}。第一選択薬には上記の新規抗うつ薬が選択されるのが一般的である。効果が発現するまでに数週間かかるため、治療導入期には不安、焦燥、不眠への対処を目的に短期間、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が併用されることがある⁹⁾。第一選択薬が無効の場合には他の抗うつ薬の変更を行い、部分反応に留まる場合には抗うつ効果の増強療法としてリチウムや抗精神病薬（わが国ではアリピプラゾール、ブレクスピプラゾールが適応を有している）などが用いられる。重症例には三環系抗うつ薬、修正型電気けいれん療法が選択される場合もある。抗うつ薬は十分量、十分な期間、服用することが基本である。

急性期治療により症状が改善（寛解）しても、再燃・再発リスクを考慮して、初発例では寛解後、短くとも4～9カ月間は急性期と同用量で抗うつ薬を維持すること、反復性うつ病、慢性の身体疾患の合併、高齢発症の場合などでは再燃・再発リスクが上昇するため、より長期の維持療法が推奨されている⁸⁾。

③その他の精神疾患

気持ちのつらさの精神症状の背景には、ほかにもさまざまな精神疾患が存在し、用いられる向精神薬も異なる。例えば双極性障害のうつ病エピソードの場合、抗うつ薬ではなくリチウムなどの気分安定薬が用いられる。不用意に抗うつ薬を投与すると、躁転をはじめとした病状の不安定化をもたらすので注意が必要である¹⁰⁾。不安に対する対症療法にはベンゾジアゼピン系抗不安薬が用いられるが、不安障害（パニック障害、社会不安障害、全般性不安障害、強迫性障害）には SSRI が用いられる。

(2) 安全性への配慮

有害事象を可能なかぎり回避するために、個々の薬剤の副作用を十分に把握し、注意深くモニタリングを行うことが必要である。特に高齢者や身体疾患を合併した患者には十分な配慮が必要であり、その際、薬物動態と薬物相互作用についての知識は必須である。これについては次項で詳記する。

(3) 患者・家族への十分な説明と協働意思決定

向精神薬による薬物療法の導入にあたっては患者・家族と医療者が双方向のコミュニケーションに基づいて治療方針を決定する協働意思決定が望ましい¹¹⁾。協働意思決定のプロセスでは、治療同盟やオープンで共感的なコミュニケーションが促進されやすい。これらはうつ病¹²⁾をはじめとした精神疾患に対する薬物療法のアドヒアランスを向上させることが示唆されている^{13,14)}。情報を平易な言葉や図で示すツール（decision aid）の活用が有効である^{15,16)}。

うつ病に対する抗うつ薬のランダム化比較試験ではプラセボ効果（偽薬による病状改善）とノセボ効果（偽薬による副作用）が非常に高いことが知られている。プラセボを投与された群における治療反応率は31%、寛解率は22%であり、有害事象の発生率は57%、有害事象による試験中止率は4%に及ぶ¹⁷⁾。心理的苦痛が大きい人、不安が強い人にはノセボ効果が起こりやすいことが知られており¹⁸⁾、気持ちのつらさに対して薬物療法を要する人にはプラセボ効果を促進し、ノセボ効果を抑制する工夫が求められる^{19,20)}。

（西村勝治）

■ 文 献

- Hoffman J, Stein DJ. What are the pharmacotherapeutic options for adjustment disorder? Expert Opin Pharmacother 2022; 23: 643-6
- Constantin D, Dinu EA, Rogozia L, et al. Therapeutic interventions for adjustment disorder: a systematic review. Am J Ther 2020; 27: e375-86
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline [NG222] Published: 29 June 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222> (2024年3月11日閲覧)
- Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry 2013; 14: 334-85
- Malhi GS, Bell E, Singh AB, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. Bipolar Disord 2020; 22: 788-804
- 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 編. 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害 2016 <https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html> (2024年3月11日閲覧)

- 7) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391 (10128): 1357-66
- 8) American Psychiatric Association. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, 3rd ed. 2010
- 9) Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD001026
- 10) 日本うつ病学会. 日本うつ病学会診療ガイドライン 双極性障害 (双極症) 2023 <https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html> (2024 年 3 月 11 日閲覧)
- 11) Aoki Y, Yaju Y, Utsumi T, et al. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 11: CD007297
- 12) Dunlop BW, Kelley ME, Aponte-Rivera V, et al. Effects of patient preferences on outcomes in the predictors of remission in depression to individual and combined treatments (PReDICT) study. *Am J Psychiatry* 2017; 174: 546-56
- 13) Mintz DL, Flynn DF. How (not what) to prescribe: nonpharmacologic aspects of psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35: 143-63
- 14) Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 87
- 15) LeBlanc A, Herrin J, Williams MD, et al. Shared decision making for antidepressants in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1761-70
- 16) Aoki Y, Takaesu Y, Inoue M, et al. Seven-day shared decision making for outpatients with first episode of mood disorders among university students: a randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 2019; 281: 112531
- 17) Meister R, Jansen A, Härter M, et al. Placebo and nocebo reactions in randomized trials of pharmacological treatments for persistent depressive disorder. A meta-regression analysis. *J Affect Disord* 2017; 215: 288-98
- 18) Colloca L, Barsky AJ. Placebo and nocebo effects. *N Engl J Med* 2020; 382: 554-61
- 19) Hopwood M. The shared decision-making process in the pharmacological management of depression. *Patient* 2020; 13: 23-30
- 20) Priebe S, Conneely M, McCabe R, et al. What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e48

2 がん患者を含む身体疾患患者の精神症状に対する薬物療法

1) 基本方針・方略

向精神薬は重篤な中枢神経系副作用（過鎮静，意識障害，認知機能障害など）を含む，さまざまな副作用を有している。特に身体疾患患者に向精神薬を使用する場合には有害事象が生じるリスクが高い。このため安全性を重視した使用を第一に考える。有害事象を可能な限り回避するためには，基礎疾患に伴う薬物動態の変化，薬物相互作用，副作用，禁忌などに十分に配慮する必要がある^{1,2)}。

2) 身体疾患に伴う薬物動態の変化と投与計画

(1) 向精神薬の薬物動態

経口投与された薬物は消化管から「吸収 (absorption)」され，門脈から肝臓を通過して一部は代謝を受けて（初回通過効果），体循環血液中に入る。一方，経静脈投与された場合は直接，経皮・筋肉内投与された場合は脂肪組織や筋肉からそのまま体循環血液中に入る。このうち，血漿中の蛋白と結合していない遊離型の薬物だけが標的部位に作用して効果を発揮することができる。向精神薬の標的臓器は脳であるため，血中より能動輸送によって血液脳関門を通過したものだけが，中枢神経系に作用する。こうして生体内に「分布 (distribution)」した薬物は主に肝臓において「代謝 (metabolism)」され，主に腎臓において尿中などに「排

泄（excretion）」されることで薬物の生物活性が消失する。肝臓では第1相（酸化、還元、加水分解）、第2相（グルクロン酸抱合など）と呼ばれる2段階の反応によって脂溶性薬物は水溶性薬物に変化し、腎臓からの排泄が促進される²⁾。

多くの向精神薬は脳への移行性が良好な脂溶性薬物であり、肝臓で代謝を受ける肝代謝型である。一般に尿中未変化体排泄率が70%以上の薬物を腎排泄型薬物、30%未満のものを肝代謝型薬物と呼ぶ。

(2) 腎機能低下時の薬物動態の変化と投与計画

腎機能が低下すると、向精神薬の排泄機能が低下して薬物が体内に蓄積する可能性がある。特に腎排泄型薬物の場合、体内に蓄積して高濃度で維持され、作用の増強や有害事象（過鎮静、せん妄、血圧低下などの重篤な副作用を含む）が引き起こされるリスクがある。透析患者においても、透析が向精神薬の薬物動態にどのような影響を及ぼすかの知見は十分に得られていないため、同様の配慮が求められる。また、リチウムは腎毒性を有する点に留意する^{3,4)}。

腎機能低下時には、腎排泄型薬物（活性代謝物を含む）の使用を可能な限り避け、もし使用する場合には用量を減らす、または投与間隔を伸ばすことが必要となる（表1）。重度の腎機能低下時には、肝代謝型薬物であってもクリアランスの低下、AUC（area under the curve、血中濃度時間曲線下面積）の増加および最高血中濃度の上昇が認められるものもあるため、少量から開始し、副作用を監視しながら、ゆっくり漸増する。また、QT延長作用がある薬物は突然死のリスク（後述）、抗コリン作用のある薬物（三環系抗うつ薬など）はせん妄のリスクがあるため使用を避ける。さらに、長時間作用型の薬剤を避ける、処方する薬剤の数をできるだけ少なくすることなどにも注意する^{3,4)}。

表1 腎機能低下時における向精神薬の使用

	推奨される薬剤*	投与量/間隔の補正を要する薬剤	禁忌
抗うつ薬	セルトラリン	ミルナシブラン ミルタザピン パロキセチン ドスレピン	デュロキセチン ^a ベンラファキシン ^a
抗不安薬	ロラゼパム	ヒドロキシジン	
睡眠薬	ゾピクロン		
抗精神病薬	ハロペリドール オランザピン	スルピリド チアプリド リスベリドン	パリベリドン ^b
気分安定薬	バルプロ酸 ラモトリギン		リチウム ^c

*いずれも他剤と比較して特に望ましい薬剤ではないが、妥当な選択肢

^a重度の腎機能障害時、^b中等度から重度の腎機能障害時、^c腎障害時

[モーズレイ処方ガイドライン第14版³⁾、各薬剤の添付文書を参考に作成]

(3) 肝機能低下時の薬物動態の変化と投与計画

肝機能が低下すると、向精神薬の代謝機能が低下し、薬物の血中濃度が上昇する。また、低アルブミン血症があるとタンパク結合率の高い薬物では遊離型分率が上昇して作用の増強や有害事象が出現する可能性がある。多くの向精神薬は肝代謝型であり、十分な配慮が必要となる。残存する肝機能の程度に応じた用量設定や投与間隔の調整を要する。また、向精神薬自体が肝毒性を有することがある点にも留意する。

肝機能低下時には、肝毒性のリスクがある向精神薬(特に抗精神病薬のクロルプロマジン、抗てんかん薬のバルプロ酸)は避ける。直接グルクロン酸抱合、グルタチオン抱合などの抱合反応(第2相反応)を受ける薬物は肝機能低下による影響が少ないため、比較的安全に使用できる。ベンゾジアゼピン系薬では抗不安薬のロラゼパム、睡眠薬のロルメタゼパム、抗うつ薬のミルナシプランなどである^{3,5)}。

(4) 心機能低下時の薬物動態の変化と処方計画

心不全患者では消化管や腎臓などの主要臓器への血流が低下するため、消化管の浮腫、肝血流量の低下、腎血流量・糸球体ろ過量の低下が生じて、薬物の吸収、代謝、排泄が低下し、薬物分布も変化する。その結果、向精神薬が体内に蓄積し、副作用が生じるリスクが高い^{6,7)}。

心不全の患者では心毒性を有し、心血管系に有害事象をもたらす薬物、特に三環系抗うつ薬には注意が必要である。特にQT延長はトルサード・ド・ポワント(torsades de pointes)と呼ばれる突然死を招くことがある不整脈の原因となる(表2)⁸⁾。

3) 薬物相互作用への配慮

身体疾患患者には複数の薬剤が使用されていることが多いため、向精神薬を投与する場合には薬物相互作用に十分な注意が必要である。選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)には薬物代謝酵素のチトクローム P450 (cytochrome P450: CYP) の阻害作用をもつものが多い。特に SSRI のフルボキサミンには CYP1A2 を主として CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4 に高度～中等度の阻害作用、パロキセチンには CYP2D6 の強力な阻害作用があるため、これらによって代謝される薬物の血中濃度を上昇させ、副作用のリスクを上昇させる可能性がある⁹⁾。なお、タモキシフェンは CYP2D6 によって代謝され活性型になるため、パロキセチンとの併用で効果が減弱する¹⁰⁾。

4) 身体疾患患者における向精神薬の有効性

気持ちのつらさに対する薬物療法の主要な標的はうつ病である。がん患者の場合、エビデンスが乏しく、抗うつ薬の有効性は十分に証明できていないが¹¹⁾、身体疾患を有する患者では抗うつ薬がプラセボと比較して短期的(6～8週)にも中期的(18週～)にも有効であることが知られている¹²⁾。第一選択薬としては SSRI、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)などの新規抗うつ薬が用いられ、がんサバイバーにおいても推奨されている¹³⁾。

一方、進行した心不全、呼吸器不全、神経疾患などで緩和ケアを受けている患者における不安に対する有効な薬物療法は示されていない¹⁴⁾。

表2 向精神薬のQT延長リスク

分類	一般名	商品名	リスク
抗うつ薬	SSRI	パロキセチン	バキシル
		セルトラリン	ジェイゾロフト®
		エスタロプラム	レクサプロ®
	SNRI	デュロキセチン	サインバルタ®
		ベンラファキシン	イフェクサー®
	NaSSA	ミルタザピン	リフレックス®/レメロン®
	その他	ミアンセリン	テトラミド®
		トラゾドン	デジレル®
	TCA	アミトリプチリン	トリプタノール®
		クロミプラミン	アナフラニール®
		イミプラミン	トフラニール®
抗不安薬・睡眠薬	ベンゾジアゼピン系		A
抗精神病薬	アリピプラゾール		エビリファイ®
	オランザピン		ジプレキサ®
	レボメプロマジン		ヒルナミン®
	クエチアピン		セロクエル®
	リスペリドン		リスパダール®
	スルピリド		ドグマチール®
	ハロペリドール		セレネース®
気分安定薬	カルバマゼピン		テグレトール®
	ラモトリギン		ラミクタール
	バルプロ酸		デバケン®
	リチウム		リーマス®

A：QT延長のリスクはないか、あってもわずか

B：QT延長の傾向あり

B*：QT延長が明らかな、あるいは torsades de pointes の報告がある

SSRI：選択的セロトニン再取り込み阻害薬，SNRI：セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬，NaSSA：ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬，TCA：三環系抗うつ薬

〔Fanoe S, et al. Eur Heart J 2014; 35: 1306-15⁸⁾を参考に作成〕

(西村勝治)

文献

- 1) Rosenblat JD, Kurdyak P, Cosci F, et al. Depression in the medically ill. Aust N Z J Psychiatry 2020; 54: 346-66
- 2) Owen JA, Crouse EL, Kirkwood CK, et al. Psychopharmacology. In Levenson JL, ed. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry, 3rd ed. pp1181-1260. American Psychiatric Association Publishing, 2019
- 3) Taylor D, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines, 14th ed. Wiley-Blackwell, 2021 (内田裕之, 鈴木健文, 三村将 翻訳, モーズレイ処方ガイドライン第14版, ワイリー・パブリッシング・ジャパン, 東京, 2022)
- 4) Gregg LP, Hedayati SS. Pharmacologic and psychological interventions for depression treatment in

- patients with kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2020; 29: 457-64
- 5) Andrade C. Drugs that escape hepatic metabolism. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: e889-90
 - 6) Teply RM, Packard KA, White ND, et al. Treatment of depression in patients with concomitant cardiac disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2016; 58: 514-28
 - 7) Shapiro PA. Cardiovascular Disorders. In Ferrando SJ, Levenson JL, Owen JA, eds. *Clinical Manual of Psychopharmacology in the Medically Ill*. pp181-212. American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, 2010
 - 8) Fanoe S, Kristensen D, Fink-Jensen A, et al. Risk of arrhythmia induced by psychotropic medications: a proposal for clinical management. *Eur Heart J* 2014; 35: 1306-15
 - 9) Hemeryck A, Belpaire FM. Selective serotonin reuptake inhibitors and cytochrome P-450 mediated drug-drug interactions: an update. *Curr Drug Metab* 2002; 3: 13-37
 - 10) Singh MS, Francis PA, Michael M. Tamoxifen, cytochrome P450 genes and breast cancer clinical outcomes. *Breast* 2011; 20: 111-8
 - 11) Vita G, Compri B, Matcham F, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 3: CD011006
 - 12) Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 4: CD011006
 - 13) 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
 - 14) Salt S, Mulvaney CA, Preston NJ. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD004596

3 抗うつ薬

1) 使い方の基本

抗うつ薬は抑うつ状態に対して使用する機会が多いと思われるが、がん患者の抑うつ状態に対する効果についてはエビデンスが乏しい¹⁾。わが国では、進行がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムが提唱され、重症度を見極め、抗うつ薬は有害事象のプロフィールによる使い分けが推奨されている²⁾。処方にあたっては、肝機能、腎機能や痛みを含めた全身状態の評価および併用薬の確認を行う。患者には効果発現に1~2週かかること、薬剤の種類/特徴と副作用について十分に説明し、協働意思決定を重視する。単剤で低用量から開始し、漸増、漸減を基本とする。

2) 効能

抑うつ気分、意欲低下、不眠、食欲低下、焦燥感などの抑うつ症状に効果がある。また、不安性の苦痛や併存する不安障害への効果も認める。さらに、二次的に意思決定能力の改善やQOL、治療アドヒアランスを向上させる。

3) 副作用

副作用および併用注意事項を表3にまとめた³⁾。投与初期は消化器症状（悪心・嘔吐）や賦活症候群に注意する。また、漫然とした抗うつ薬の投与は傾眠やせん妄の原因となるため、必要性を都度検討する。

4) 種類と選び方

わが国で使用可能な主要な抗うつ薬について、表4にまとめた。なお、不安障害や痛みへの適応は各薬剤で異なる。以下、各薬剤の特徴を中心に述べる。

表3 抗うつ薬による副作用および併用注意事項

セロトニン 5-HT ₂ , 5-HT ₃ 受容体刺激 (セロトニン再取り込み阻害作用)	消化器症状 (悪心・嘔吐), 性機能障害
アドレナリン受容体刺激 (ノルアドレナリン再取り込み阻害作用)	血圧上昇, 頻脈, 排尿困難
ムスカリン受容体遮断 (抗コリン作用)	羞明, 口渴, 便秘, 排尿困難, 認知機能低下, せん妄
ヒスタミン H ₁ 受容体遮断 (抗ヒスタミン作用)	眠気, 食欲増加, 体重増加
アドレナリン α ₁ 受容体遮断	起立性低血圧, 血圧低下, 眠気
その他 (併用注意事項含む)	賦活症候群 (不安, 焦燥感, 衝動性の亢進など), 24 歳以下では自殺関連行動 中断症候群 (不安, 焦燥感, 不眠など) セロトニン症候群, けいれん閾値の低下, アカシジア, 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群など モノアミン酸化酵素阻害剤との併用は脳内モノアミン濃度が増加するため禁忌 ワルファリンとの併用による出血傾向の助長 (プロトロンビン時間の確認が必要) セロトニン再取り込み阻害薬は非ステロイド性抗炎症薬, 抗血小板薬との併用で上部消化管出血リスクが高まる (プロトンポンプ阻害薬の併用でリスク減少 ³⁾)

[各抗うつ薬の添付文書, Jiang HY, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13: 42-50³⁾を参考に作成]

(1) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)

前シナプス上にあるセロトニントランスポーターを阻害することで, シナプス間隙のセロトニンを増加させる。SSRI は不安障害に対する第一選択薬⁴⁾かつ適応もあり, 不安合併例に良い。わが国で使用可能な SSRI にはフルボキサミン, パロキセチン, セルトラリン, エスシタロプラムがある。フルボキサミンは CYP 阻害作用が多く, 併用薬に注意する。パロキセチンは CYP2D6 阻害作用により, タモキシフェンの活性代謝産物へ変換を阻害し, 効果を減弱させるため, 併用しない。セルトラリンは CYP 阻害作用が少なく, 併用薬の多い場合でも使用しやすい。エスシタロプラムは QT 延長に禁忌であるため, 投与前後に心電図で確認が必要となる。

(2) セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)

前シナプス上にあるセロトニントランスポーターとノルアドレナリントランスポーターを阻害することで, シナプス間隙のセロトニンとノルアドレナリンを増加させる。わが国で使用可能な SNRI にはミルナシブラン, デュロキセチン, ベンラファキシンがある。ミルナシブランは CYP による代謝を受けないため, 肝機能障害のある場合に使用しやすい。デュロキセチンは糖尿病性神経障害など痛みにも適応があり, がん疼痛における鎮痛補助薬としても推奨されているため⁵⁾, 疼痛合併例に良い。ベンラファキシンは少量ではセロトニン, 用量依存的にノルアドレナリンへの作用も強まる。なお, デュロキセチン, ベンラファキシンは重度の肝/腎機能障害に禁忌である。

表4 わが国で使用可能な主要抗うつ薬一覧

	一般名	代表的な商品名	剤形	うつ病・うつ状態以外の効能または効果	うつ病・うつ状態への1日量と用法	禁忌	薬物代謝酵素	腎機能低下時の用法用量 ^{※2}	備考
SSRI	フルボキサミン	デプロメール [®] ルボックス [®]	錠	強迫性障害 社会不安障害	50～150 mg/日 1日2回	MAO阻害剤 ^{※1} ピモジド、チザニジン塩酸塩、ラメルテオン、メラトニンを投与中	CYP2D6で代謝 阻害作用： CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4（特にCYP1A2, CYP2C19の阻害作用が強い）	正常腎機能者と同じ	
	パロキセチン	パキシル	錠	パニック障害、強迫性障害、社会不安障害、外傷後ストレス障害	10～40 mg/日 1日1回夕食後	MAO阻害剤 ^{※1} ピモジドを投与中	CYP2D6で代謝 阻害作用： CYP2D6	GFRまたはCcr>30 mL/min：正常腎機能者と同じ GFRまたはCcr<30 mL/min：1日1回10 mgより開始し、維持量は50%を目途に減量（エキスパートオピニオン）、1日10 mgから開始、最大1日40 mg（FDA）	不安障害での使用が多い
			CR錠	なし	12.5～50 mg/日 1日1回夕食後				不安障害での使用が多い 腸溶性徐放錠
	セルトラリン	ジェイゾロフト [®]	錠 OD錠	パニック障害、外傷後ストレス障害	25～100 mg/日 1日1回	MAO阻害剤 ^{※1} ピモジドを投与中	CYP2C19, CYP2C9, CYP2B6, CYP3A4などで代謝 阻害作用：CYP 阻害作用は少ない	正常腎機能者と同じ	CYP阻害作用が少ない
	エスシタロプラム	レクサプロ [®]	錠 OD錠	社会不安障害	10～20 mg/日 1日1回夕食後	MAO阻害剤 ^{※1} ピモジドを投与中 QT延長のある患者	CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4などで代謝 阻害作用： CYP2D6	正常腎機能者と同じ	QT延長のある患者に禁忌
SNRI	ミルナシبران	トレドミン [®]	錠	—	25～100 mg/日 1日2～3回食後	MAO阻害剤 ^{※1} 尿閉（前立腺疾患など）	阻害作用：なし	GFRまたはCcr 30～60 mL/min：投与量を減じて使用する（添付文書）、25～75 mg/日を分2～3（エキスパートオピニオン） GFRまたはCcr<30 mL/min：投与量を減じて使用する（添付文書）、25～50 mg/日を分2（エキスパートオピニオン）	CYP阻害作用なし
	デュロキセチン	サインバルタ [®]	カプセル 後発品のみ：錠、OD錠	糖尿病性神経障害、線維筋痛症、慢性腰痛症、変形性関節症に伴う痛み	20～60 mg/日 1日1回朝食後	MAO阻害剤 ^{※1} 高度の肝機能障害 高度の腎機能障害 コントロール不良の閉塞隅角緑内障	CYP1A2, CYP2D6で代謝 阻害作用： CYP2D6	GFRまたはCcr>30 mL/min：正常腎機能者と同じ GFRまたはCcr<30 mL/min：禁忌（ほとんど尿中排泄されず、半減期も延長しないものの、AUC、C _{max} が約2倍に上昇する）（添付文書）	高度の肝・腎機能障害に禁忌 痛みに適応あり

(つづく)

表4 つづき

	一般名	代表的な商品名	剤形	うつ病・うつ状態以外の効能または効果	うつ病・うつ状態への1日量と用法	禁忌	薬物代謝酵素	腎機能低下時の用法用量 ^{※2}	備考
S N R I	ベンラファキシン	イフェクサー [®]	カプセル	なし	37.5～225 mg/日 1日1回食後	MAO阻害剤 ^{※1} 重度の肝機能障害 (Child-Pugh分類C) 重度の腎機能障害 (GFR 15 mL/min未満) または透析中	CYP2D6, CYP3A4で代謝 阻害作用: CYP2D6	GFRまたはCcr 30～60 mL/min: 慎重に投与する (添付文書), 50～75%に減量 (FDA) GFRまたはCcr 15～30 mL/min: 慎重に投与する (添付文書), 50%以下に減量 (FDA) GFRまたはCcr<15 mL/min: 禁忌 (使用経験が少なく, 本剤のクリアランスが低下し, 血中濃度が上昇するおそれがあり, 透析ではほとんど除去されない)	重度の肝・腎機能障害に禁忌 徐放剤
	ミルタザピン	リフレックス [®] レメロン [®]	錠 後発品のみ: O D 錠	なし	15～45 mg/日 1日1回就寝前	MAO阻害剤 ^{※1}	CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4で代謝 阻害作用: 弱い (CYP1A2, CYP2D6, CYP3A4)	GFRまたはCcr 40～60 mL/min: 正常腎機能者と同じ GFRまたはCcr 10～40 mL/min: 本剤のクリアランスが低下する可能性がある (添付文書), 1日1回15～30 mg (エキスパートオピニオン) GFRまたはCcr<10 mL/min: 本剤のクリアランスが低下する可能性がある (添付文書), 1日1回15 mg (エキスパートオピニオン)	催眠/食欲増加/制吐作用あり
	ボルチオキセチン	トリンテリックス [®]	錠	なし	10～20 mg/日 1日1回	MAO阻害剤 ^{※1}	CYP2D6, CYP3A4/5, CYP2C19, CYP2C9, CYP2A6, CYP2C8, CYP2B6で代謝 阻害作用: なし	正常腎機能者と同じ	CYP阻害作用なし
三 環 系	イミプラミン	トフラニール [®]	錠	遺尿症	25～200 mg/日 分割	閉塞隅角緑内障 心筋梗塞の回復初期尿閉 (前立腺疾患など) MAO阻害剤 ^{※1} QT延長症候群	CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4, CYP2C19で代謝	重篤な腎障害のある患者: 排泄障害により副作用があらわれやすい	
	アミトリプチリン	トリプタノール [®]	錠	夜尿症, 末梢性神経障害性疼痛	30～150 mg/日 分割	閉塞隅角緑内障 心筋梗塞の回復初期尿閉 (前立腺疾患など) MAO阻害剤 ^{※1}	CYP2D6, CYP3A4, CYP2C19, CYP1A2で代謝 阻害作用: なし	正常腎機能者と同じ	痛みに適応あり CYP阻害作用なし
	クロミプラミン	アナフラニール [®]	錠 注射剤	錠のみ: 遺尿症, ナルコレプシーに伴う情動脱力発作	錠: 50～225 mg/日 1日1～3回 注射剤: 25～75 mg/日 1日1回	閉塞隅角緑内障 心筋梗塞の回復初期尿閉 (前立腺疾患など) MAO阻害剤 ^{※1} QT延長症候群	CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4, CYP2C19で代謝 阻害作用: なし	正常腎機能者と同じ	注射剤あり CYP阻害作用なし

(つづく)

表4 つづき

	一般名	代表的な商品名	剤形	うつ病・うつ状態以外の効能または効果	うつ病・うつ状態への1日量と用法	禁忌	薬物代謝酵素	腎機能低下時の用法用量 ^{※2}	備考
四環系	ミアンセリン	テトラミド [®]	錠	なし	30～60 mg/日 分割または1日1回夕食後/就寝前	MAO 阻害剤 ^{※1}	1A2, 2D6, 3A4 で代謝 阻害作用：なし	正常腎機能者と同じ	催眠作用あり CYP 阻害作用なし
その他	トラゾドン	レスリン [®] デジレル [®]	錠	なし	75～200 mg/日 1日1～数回		CYP3A4, CYP2D6 で代謝 阻害作用：なし	正常腎機能者と同じ	催眠作用あり CYP 阻害作用なし

CYP：cytochrome P450, MAO：monoamine oxidase, NaSSA：noradrenergic and specific serotonergic antidepressant, SSRI：selective serotonin reuptake inhibitor, SNRI：serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, S-RIM：serotonin reuptake inhibitor and modulator, GFR：glomerular filtration rate, Ccr：creatinine clearance, AUC：area under the curve, C_{max}：maximum drug concentration

※1 投与中あるいは投与中止後2週間以内

※2 腎機能別薬剤投与量 POCKETBOOK 第4版（日本腎臓病薬物療法学会 腎機能別薬剤投与方法一覧作成委員会編，じほう，2022）を参照

〔各製剤のインタビューフォームを参考に作成〕

(3) ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬（noradrenergic and specific serotonergic antidepressant：NaSSA）

SSRI, SNRI とは作用機序が異なり，前シナプス上の α_2 自己およびヘテロ受容体を阻害することでノルアドレナリン，セロトニンの放出を促進する。放出されたノルアドレナリンはセロトニン神経細胞の α_1 受容体を介して賦活する。また，5-hydroxytryptamine (5-HT)₂ 受容体阻害，H₁ 受容体遮断作用により睡眠障害の改善，食欲増加，5-HT₃ 受容体阻害による制吐作用も期待できる。わが国ではミルタザピンが使用可能で，不眠，食欲低下を伴う症例に良い。

(4) セロトニン再取り込み阻害・セロトニン受容体調節薬（serotonin reuptake inhibitor and modulator：S-RIM）

セロトニン再取り込み阻害作用に加え，5-HT_{1A}，5-HT₃，5-HT₇ 受容体などにも作用する。5-HT₃ 受容体阻害による消化器系副作用の減弱が期待される。わが国ではボルチオキセチンが使用可能である。2018 年，21 種類の抗うつ薬の有効性と忍容性に関するネットワークメタアナリシスでは，抗うつ薬の直接比較でバランスの取れた評価が報告されている⁶⁾。

(5) 三環系抗うつ薬

抗コリン作用が強く，心毒性も認めるため，忍容性が低い。過去に奏効歴がある場合は検討する。アミトリプチリンは末梢性神経障害性疼痛に適応があり，がん疼痛に対する鎮痛補助薬として推奨されているため⁵⁾，疼痛合併例に良い。クロミプラミンはわが国で使用可能な唯一の注射剤があるため，経口困難な場合は経静脈的投与を検討するが，副作用の出現に一層注意する。

(6) その他

トラゾドン，および四環系のミアンセリンがある。双方ともに催眠作用が強いため，不眠の強い症例に適する。

（大舘孝治，稲垣正俊）

文 献

- 1) Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 4: CD011006
- 2) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al. Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2008; 17: 154-60
- 3) Jiang HY, Chen HZ, Hu XJ, et al. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015; 13: 42-50
- 4) Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, et al. The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 473-80
- 5) 日本緩和医療学会 編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020 年版. 金原出版, 東京, 2020
- 6) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391 (10128): 1357-66

4 抗不安薬

1) 使い方の基本

がん患者の不安に対しては、傾聴/受容が基本的対応となるが、日常生活への支障が強い場合は薬物療法を考慮する。不安症状に対する薬物療法としては、抗不安薬であるベンゾジアゼピン受容体作動薬が主に用いられるが、副作用が多く、安易な使用は控える。一方で、予後が限られている症例では、有用性が高い場合、積極的な使用を検討する。処方にあたっては、患者へ効能に加えて依存性を含めた副作用についても十分な説明を行い、協働意思決定を重視する。単剤、低用量で開始し、定期内服が基本となる。漫然とした投与は依存のリスクを高めるため、不安症状の改善後は減量、中止を検討する。離脱症状の出現を抑止するため、減量/中止の方法はいくつか示されている¹⁾。漸減法では2~4週ごとに服用量の1/4ずつ減量し、隔日法では1日おきから2日、3日おきへ徐々に服用間隔を延長する。置換法は、より半減期の長いベンゾジアゼピン受容体作動薬への置き換えて血中濃度の低下速度を緩やかにする方法で、漸減開始前あるいは減薬による離脱症状が出現する場合に実施する。実際には、患者と相談しながら、これらの方法を組み合わせる。

2) 効能

抗不安作用により、不安障害の不安やパニック発作を改善する。また、鎮静催眠作用および筋弛緩作用により、適応障害や身体症状症などに伴う不安や不眠、筋緊張を軽減する。さらに、不安症状などの改善に伴い、QOLの向上、身体症状に対する懸念やこだわりも軽減させる。

3) 副作用

がん患者では身体状態の悪化している場合も多く想定されるため、副作用には十分な注意が必要である。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の共通禁忌として、急性閉塞隅角緑内障、重症筋無力症がある。ベンゾジアゼピン受容体作動薬には鎮静/催眠作用による眠気、ふらつきがあり、筋弛緩作用もあるため、転倒のリスクが高まる。また、抗コリン作用による羞明、口渇、排尿困難、認知機能低下、せん妄などにも留意する。特に高齢者や認知症、脳血管障

害の既往のある場合はせん妄惹起に注意を要する。さらに、長期使用によって耐性および依存を生じ、常用量でも依存形成することに留意する。ほか、健忘、脱抑制、奇異反応などにも注意が必要である。2016年、米国食品医薬品局はオピオイド系薬剤とベンゾジアゼピン受容体作動薬との併用による呼吸抑制作用の増強を注意喚起しており、オピオイドと併用する際には呼吸抑制に一層注意する。

4) 種類と選び方

わが国で使用可能な主要抗不安薬を表5にまとめた。ベンゾジアゼピン受容体作動薬よりもアザピロン系抗不安薬の方が安全性に優れている。以下、各薬剤の特徴を中心に述べる。

(1) ベンゾジアゼピン受容体作動薬

ベンゾジアゼピン受容体作動薬はA型γアミノ酪酸 (gamma-aminobutyric acid : GABA_A) 受容体にあるベンゾジアゼピン受容体へ結合すると、GABA受容体の開口を促進し、Cl⁻の細胞内流入を増加させることで神経の興奮を抑制する。上述した通り、多くの副作用があるため、使用は可能な限り、急性期の短期間に留める。わが国で使用可能なベンゾジアゼピン受容体作動薬として、アルプラゾラム、クロチアゼパム、エチゾラム、ロラゼパム、ジアゼパム、ロフラゼパムエチルなどがある。緩和ケア領域では筋弛緩作用が少なく、短・中時間作用型のアルプラゾラムやクロチアゼパムが用いられることがある。アルプラゾラムはがん患者における不安や抑うつに対する効果、抗がん剤による予期性悪心を緩和する効果も報告されている^{2,3)}。一方で、エチゾラムはベンゾジアゼピン受容体作動薬のなかでも依存性が強く、筋弛緩作用も強いいため、脱力、転倒に注意する。ロラゼパムは肝臓でCYPによる代謝を受けないため、肝障害があっても比較的使用しやすい。ジアゼパムは抗けいれん作用が強く、坐剤や注射剤もあり、投与経路が多い。ロフラゼパムエチルは半減期が長いいため、1日安定した効果があり、置換法にも向くが、蓄積に注意が必要である。緩和ケア領域では経口困難な場合が想定され、注射剤としてジアゼパムが使用可能であるが、経静脈的に投与する場合は呼吸抑制に注意する。なお、2019年に発売されたロラゼパム注射剤の適応症はてんかん重責状態であることに留意する。また、坐剤に関しても、ジアゼパム坐剤の適応症は小児のけいれん発作、プロマゼパム坐剤の適応症は麻酔前投薬であることに注意する。さらに、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の多くはCYP3A4で代謝されるため、CYP3A4阻害/誘導作用のある薬剤との相互作用に注意を要する。なお、全般性不安障害などの不安障害に対してはセロトニン再取り込み阻害薬やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬など抗うつ薬が第一選択となっており、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は推奨されていない⁴⁾。

(2) アザピロン系抗不安薬

5-HT_{1A}受容体部分作動性の抗不安薬であり、わが国ではタンドスピロンが使用可能である。ベンゾジアゼピン受容体作動薬に比して効果発現は遅く、効果も弱い、副作用も少ない。ベンゾジアゼピン受容体作動薬よりも安全性に優れ、高齢者にも使用しやすい。

表5 わが国で使用可能な主要抗不安薬一覧

	一般名	代表的な商品名	剤形	不安への1日量と用法	半減期(時間)	禁忌	薬物代謝酵素	腎機能低下時の用法用量*	備考
(短時間型)	クロチアゼパム	リーゼ®	錠 顆粒	15~30 mg/日 1日3回	6.29±2.27	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症		正常腎機能者と同じ	
	エチゾラム	デパス®	錠 細粒	1.5~3 mg/日 1日3回	6.3±0.8	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症	CYP2C9, CYP3A4 で代謝 阻害作用：なし	正常腎機能者と同じ	筋緊張に適応あり
(中間型)	ロラゼパム	ワイパックス®	錠	1~3 mg/日 1日2~3回	約12	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症		正常腎機能者と同じ	CYPによる代謝を受けない がん薬物療法による 予期性悪心・嘔吐の 予防に有用
	アルプラゾラム	ソラナックス® コンスタン®	錠	1.2~2.4 mg/日 1日3~4回	約14	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症	CYP3A で代謝	正常腎機能者と同じ	がん薬物療法による 予期性悪心の予防に 有用
	プロマゼパム	レキソタン®	錠 細粒 坐剤	3~15 mg/日 1日2~3回	約20	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症		正常腎機能者と同じ	坐剤あり
(長時間型)	ジアゼパム	セルシン® ホリゾン® ダイアップ®	錠 散 シロップ 坐剤 注射	4~20 mg/日 1日2~4回	錠：47.4± 34.6 坐：1.2± 0.4 注：36.9± 12.9	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症 リトナビル、 ニルマトレル ビル・リトナ ビルを投与中	CYP3A4, CYP2C19, CYP2C9 で代謝	正常腎機能者と同じ ただし、腎機能低下 とともに活性代謝物 の蓄積が懸念される (エキスパートオビ ニオン)	抗けいれん作用あり 坐剤、注射剤あり 生物学的利用能は、 錠：ほぼ100%、坐 剤：約80%
	クロキサゾラム	セパゾン®	錠 散	3~12 mg/日 1日3回	データなし	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症	阻害作用：なし	正常腎機能者と同じ	
	メキサゾラム	メレックス®	錠 細粒	1.5~3 mg/日 1日3回	76.4±6.35 (活性代謝物)	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症	CYP3A4 で代謝	正常腎機能者と同じ	
(超長時間型)	ロフラゼ ブ酸エチル	メイラックス®	錠 散	2 mg/日 1日1~2回	122±58.0	急性閉塞隅角 緑内障 重症筋無力症	CYP3A4 で代謝	正常腎機能者と同じ	置換法に向く
アザピロリン系	タンドス ピロン	セディール®	錠	30~60 mg/日 1日3回	1.4		CYP3A4, CYP2D6 で代謝	正常腎機能者と同じ	セロトニン作動性
その他	ヒドロキシ ジン	アタラックス		75~150 mg/日 1日3~4回	20.0±4.1	ポルフィリン 症、妊婦又は 妊娠している 可能性のある 女性	CYP3A4, CYP3A5 で代謝	正常腎機能者と同じ ただし、ヒドロキシ ジンの活性代謝産物 であるセチリジンの 半減期が延長し、蓄 積する可能性がある (エキスパートオビ ニオン)	皮膚掻痒に適応

CYP：cytochrome P450

※ 腎機能別薬剤投与量 POCKETBOOK 第4版（日本腎臓病薬物療法学会 腎機能別薬剤投与方法一覽作成委員会編，じほう，2022）を参照

〔各製剤のインタビューフォームを参考に作成〕

(3) その他

ヒドロキシジンは、H₁受容体阻害作用があり、悪心やかゆみを併存した不安を認める症例に適する。最近のメタアナリシスでも全般性不安障害に対しての効果が報告されている⁵⁾。一方で、抗コリン作用もあるため、同副作用に留意する。

(大舘孝治，稲垣正俊)

■ 文 献

- 1) 日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会 編，下田和孝，古郡規雄 責任編集，専門医のための臨床精神神経薬理学テキスト，星和書店，東京，2021
- 2) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. J Clin Oncol 1991; 9: 1004-11
- 3) Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al. Prevention of adjustment disorders and anticipatory nausea secondary to adjuvant chemotherapy: a double-blind, placebo-controlled study assessing the usefulness of alprazolam. J Clin Oncol 1993; 11: 1384-90
- 4) Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, et al. The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 473-80
- 5) Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, et al. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2019; 393 (10173) : 768-77

5 睡眠薬

1) 使い方の基本

うつ病では不眠を高率に併存することが知られている¹⁾。かつては，うつ病の治療を行うことで睡眠の改善もみられると考えられていたが，近年ではうつ病の治療が奏効した場合であっても不眠は最も高率に残遺することが知られている²⁾。そのため近年ではうつ病治療と並行して積極的な不眠治療を行うことが推奨されており，そのことがうつ病患者の日中の機能や QOL，主観的熟睡感の改善に有効であることも示されている。

不眠へのアプローチは薬物療法と非薬物療法に分けられるが，まず非薬物療法を行うことが基本となる。まずは睡眠を妨げる外的な要因や自身の習慣などについて，丁寧な問診や評価〔5つのP：身体的（physical），生理的（physiological），心理的（psychological），精神医学的（psychiatric），薬理学的（pharmacological）を参考に〕を行い，可能な限り非薬物療法的な方法での改善を試みる。また，近年注目されている睡眠に対する認知行動療法の適応性，導入などについても検討する。しかしながらこのようなアプローチによる効果は時間を要することが考えられ，がん患者の場合この間に患者のQOLが大きく損ねられたり，不安・抑うつなどが悪化することも十分考えられる。また，不安・抑うつがある場合，非薬物療法への動機づけが難しい場合もある。

したがって，非薬物療法を基本としながらも，薬物療法の導入が患者のQOLを高めると判断された場合には早めに睡眠薬の導入も検討する。

2) 効能

睡眠薬の効果の評価には主観的評価と客観的評価があるが，臨床的には主観的評価が重視される。患者自身の主観的評価では，睡眠時間の長さや熟睡感の2つが述べられることが多い。薬理学的には，睡眠時間は睡眠薬の作用時間との関係，熟睡感には深睡眠への働きかけ

が関連していると考えられている。多くのベンゾジアゼピン系睡眠薬は深睡眠（Ⅲ～Ⅳ期）の減少を引き起こすと考えられているが、ゾルピデム、ゾピクロン、エスゾピクロンの非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は変化がないか増加させるとの報告がある。さらに、抗うつ薬に分類されているトラゾドン、ミアンセリン、ミルタザピンなどは不眠症状にも用いられることがあるが、これらはセロトニン（serotonin, 5-HT）5-HT_{2A/2C} 受容体、ヒスタミン（histamine）H₁ 受容体拮抗作用により深睡眠を増やすことが知られている。

また、エスゾピクロンでは、抗うつ薬との併用でうつ病の改善への増強効果が得られることが報告されている³⁾。

ラメルテオンはメラトニン受容体作動薬であり、ベンゾジアゼピン受容体作動薬のような切れ味はないが安全性の高い薬剤である。睡眠覚醒リズムを改善する目的〔主にメラトニン（melatonin：MT）受容体2（MT₂）への作用〕で使用されることが多いが、直接睡眠誘導（主にMT₁への作用）にも作用する。

オレキシシン受容体（orexin-receptor：OX-R）拮抗薬は、OX-R1とOX-R2の双方に拮抗することにより睡眠効果をもたらす。国内ではスボレキサントとレンボレキサントの2薬が使用可能となっている。プラセボ、ゾルピデム（6.25 mg）、スボレキサント（15/20 mg）、レンボレキサント（5/10 mg）を対象としたシステマティックレビューとネットワークメタアナリシスの報告⁴⁾では、両OX-R拮抗薬剤とも効果面においてプラセボと比較して有効を示す結果であった。またレンボレキサント5/10 mgは、スボレキサント15/20 mgやゾルピデム6.25 mgと比較して主観的入眠潜時の改善に優れており、さらにレンボレキサント10 mgは、スボレキサント15/20 mgおよびレンボレキサント5 mgより主観的総睡眠時間と主観的中途覚醒に対して優れているという結果が示されている。

3) 副作用

(1) ベンゾジアゼピン受容体作動薬

ほぼ共通して次のような副作用がある。ベンゾジアゼピン系睡眠薬より非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の方が副作用頻度は低いとも考えられていたが、近年では非ベンゾジアゼピン系睡眠薬でも同様に注意が必要と考えられている。

①単回使用でも起こりうるもの

- ・筋弛緩作用によるふらつき
- ・持ち越し効果
- ・過鎮静
- ・健忘
- ・睡眠中の異常行動
- ・せん妄

これらが単一あるいは複合的に絡み合い、転倒発症のリスクと関連すると考えられている。また、使用を検討する場合、必ずせん妄のリスクについて評価を行うことが望まれる。

②中～長期使用で懸念されるもの

- ・反跳性不眠・退薬症候：一定期間使用後に急激に薬剤を中止した場合
- ・依存や耐性の形成

・認知機能障害

(2) メラトニン受容体作動薬

ベンゾジアゼピン系睡眠薬とは異なり、筋弛緩作用や依存性のリスクはほぼないと考えられているが、高度の肝機能障害のある患者、抗うつ薬のフルボキサミンとの併用などは禁忌となっている。

(3) OX-R 拮抗薬

ベンゾジアゼピン系睡眠薬とは異なり、筋弛緩作用や依存性のリスクはほぼないと考えられている。

ただし、レンボレキサントは重度の肝機能障害のある患者には禁忌であり、CYP3A を強く阻害する薬剤（クラリスロマイシン、イトラコナゾールなど）投与中の患者では、スボレキサントは禁忌、レンボレキサントでは 2.5 mg に減量して使用することとなっている。

4) 種類と選び方

(1) 種類

ベンゾジアゼピン受容体作動薬（ベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬）、メラトニン受容体作動薬、OX-R 拮抗薬などがある。

(2) 選び方

これまでは、患者の不眠のパターンを聞き取り、血中消失半減期（ $T_{1/2}$ ）、最高血中濃度到達時間（ T_{max} ）などを参考に作用時間を考慮してベンゾジアゼピン系睡眠薬を選択することが一般的であった。近年、3) で述べたような副作用により注意が向けられるようになり、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の使用頻度が高まった時期があるが、さらに副作用の頻度が少ないラメルテオン、OX-R 拮抗薬が多く使われるようになってきている。さらにラメルテオン、OX-R 拮抗薬は、睡眠マネジメントを通してせん妄発症を抑える可能性まで示唆されており⁵⁻⁷⁾、がん医療においても第一選択薬として使用されている。これらの薬剤をまず用いたうえで睡眠効果が得られない場合には、特にせん妄や転倒などに注意しつつ非ベンゾジアゼピン系薬を選択することが多い。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は、GABA 受容体 $\alpha 1$ サブユニットへの作用が少なく、筋弛緩作用が軽減された薬剤であるが同時に抗不安作用も減弱している。そのため、不安が強く関係している不眠の場合には、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の方が効果は高い可能性がある。また、症状によってはこれらの睡眠薬以外にも、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、先述の抗うつ薬、抗精神病薬などを用いることが有用となる場合もある。

（谷向 仁）

■ 文 献

- 1) Stewart R, Besset A, Bebbington P, et al. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep* 2006; 29: 1391-7
- 2) Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC, et al. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 221-5

- 3) Fava M, McCall WV, Krystal A, et al. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 1052-60
- 4) Kishi T, Nomura I, Matsuda Y, et al. Lemborexant vs suvorexant for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020; 128: 68-74
- 5) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al. Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 397-403
- 6) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al. Preventive effects of suvorexant on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: e970-9
- 7) Hatta K, Kishi Y, Wada K. Real-world effectiveness of ramelteon and suvorexant for delirium prevention in 948 patients with delirium risk factors. *J Clin Psychiatry* 2019; 81: 19m12865

6 その他（抗精神病薬など）

1) 使い方の基本

不安や抑うつには、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、抗うつ薬を使用するのが一般的である。しかしながら、これらの薬剤が効果をもたらさない場合、あるいは何らかの理由で使用しにくい場合には他の薬剤を使用することがある。例えば、前者であれば、抗うつ薬との併用による効果の増強療法が必要な場合、後者であれば終末期で不安・抑うつ症状が強く、抗うつ薬の効果発現を待てない場合、せん妄のリスクが高くベンゾジアゼピン系薬などでの代替使用が困難な場合などが考えられる。

ここでは主に抗精神病薬の使用について考える。

2) 効能

抗精神病薬は共通してドパミン 2 受容体（dopamin-2 receptor：D₂-R）の阻害作用（アリピプラゾールは部分作動薬として作用）があるが、その他にもセロトニン 2 受容体（5-hydroxy-tryptamine-2-receptor：5HT₂-R）ノルアドレナリン α₁受容体（noradrenaline-α₁-receptor：α₁-R）阻害作用、ヒスタミン 1 受容体（histamine-1-receptor：H₁-R）阻害作用、ムスカリン 1 受容体（muscarinic acetylcholine-1-receptor：M₁-R）阻害作用などを有する。これら多様な作用点の一部が、①抗うつ薬との併用による抗うつ効果の増強を目的として、または②強度の不安や焦燥に対して利用されている。

（1）精神病症状を併存するうつ病、あるいは抗うつ薬の効果に乏しい場合の増強療法として使用する場合

精神病様症状を伴ううつ病の場合には、抗精神病薬を併用することはイメージしやすいと思われるが、日本うつ病学会のうつ病ガイドライン¹⁾では、「中等症・重症うつ病～精神病性の特徴を伴わないもの～」に対しても、増強療法として非定型抗精神病薬の使用が、慎重な立場ながらも記載されており、具体的には、アリピプラゾールのほか適応外使用であるガクエチアピン、オランザピン、リスベリドンなどが挙げられている。このガイドラインには記載されていないが、2019 年に導入されたルラシドンは双極性障害のうつ状態にも適応が取得されているが、他の非定型抗精神病薬と同じく、不安や抑うつにも一定の効果が期待できる可能性はある。

難治性うつ病治療の効果において、主剤の抗うつ薬と組み合わせた他薬（非定型抗精神病

薬など)あるいはプラセボとを比較したネットワークメタアナリシス²⁾では、プラセボと比較して優位であった増強療法は、以下の抗精神病薬であった。

- ・反応率 (response rate) : アリピプラゾール, ブレクスピプラゾール, クエチアピン, オランザピン
- ・寛解率 (remission rate) : アリピプラゾール, ブレクスピプラゾール, リスベリドン, クエチアピン, オランザピン

(2) 強度の不安, 焦燥に対して

ノルアドレナリンの過活動は, 不安やパニック発作, 振戦, 発汗, 頻脈, 過覚醒, 悪夢などの症状を引き起こし, この過活動は α_1 -R 阻害作用により抑制される。抗精神病薬の不安や焦燥に対する効果は, この α_1 -R 阻害作用だけでなく, H_1 -R 阻害作用, M_1 -R 阻害作用なども有用に働いている可能性が示唆されている³⁾。

(1), (2) のどちらの場合も双極性障害や統合失調症の治療用量より少量で使用する。

3) 副作用

一般的に非定型抗精神病薬は, 定型抗精神病薬と比較して錐体外路症状や鎮静, 認知機能低下などの副作用が少ないという利点がある一方で, 糖脂質代謝異常や肥満のような副作用の危険が高いと考えられている。

錐体外路症状は最も気づかれやすい症状の一つであり, 典型的なものとしてはパーキンソニズム (手の震え, 動作緩慢, 仮面様顔貌, 小刻みで前傾姿勢の歩行など), アカシジア, ジストニアなどがある。アカシジアは, 強い不安・焦燥感や内的不穏と, 上下肢や体全体を揺り動かしたくなる, 駆り立てられるような強い衝動などが認められる。抗精神病薬のみならず抗うつ薬, 制吐薬の一部でも生じうる副作用⁴⁾であり, がん患者では遭遇しやすい副作用ではあるが, 不安・焦燥感などが前景に出ている場合には, 精神症状として理解され単純に向精神薬が処方されることもあり, 鑑別に注意を要する。

その他には, 遅発性ジスキネジア, 抗プロラクチン血症, 性機能障害, 体重増加, 耐糖能異常, 高脂血症, 重大な副作用としてはQT延長症候群, 悪性症候群などがある。QT延長症候群は致死的な不整脈を引き起こすことがあるが, 2019年のメタアナリシスの報告⁵⁾では, リスベリドン, オランザピン, クエチアピン, アセナピンなどは比較的风险が高く注意が必要である。また, 統合失調症を対象としての国内からの報告では, 定型抗精神病薬のレボメプロマジン, クロルプロマジンとともにハロペリドールの静脈内投与でのリスクが高いことも報告されている⁶⁾。ハロペリドール注射剤は投与経路の観点からいまだによく使われていることから注意を要する。悪性症候群については, 抗精神病薬投与中に, 発熱 (37.5℃以上とするものがある) とともに, 著しい筋固縮, 振戦などの錐体外路症状, 頻脈, 発汗, 血圧変動などの自律神経症状が比較的急速に出現し, 血液データでは血清クレアチンキナーゼ値の高値を認める。対応としては原因と思われる薬剤を直ちに中止し, 全身管理を開始する必要がある, 薬物療法としては, ダントロレンナトリウムやプロモクリプチンが使用される。

4) 種類と選び方

定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬に大別される。現在では非定型精神病薬が主として使用されるが、一部の定型抗精神病薬は今でもよく使用されている。

ここでは、不安や焦燥などに対する薬剤選択について解説する。

(1) 定型抗精神病薬

内服であればクロルプロマジン、注射剤であればハロペリドール注射剤が検討されることが多い。クロルプロマジンの点滴が例外的に使用されることもあるが、適応外使用であることを十分理解し、血圧低下などには注意が必要である。

(2) 非定型抗精神病薬

リスペリドン、クエチアピン、オランザピン、ペロスピロン、アリピプラゾールなどが主に使用されている。これらは基本的に内服薬であるが、身体治療中には内服が困難な状況も少なくない。近年登場したアセナピンの舌下錠、ブロナンセリンの貼付薬なども活用され始めている。先述の通り、不安、焦燥への効果は α_1 -R、 H_1 -R、 M_1 -R 阻害作用が関係していると考えられていることから、これらの作用が強い薬剤としては、クエチアピン、オランザピン、アセナピンなどがよく使用される。

(3) その他の薬剤： $\alpha_2\delta$ リガンド（適応外使用）

ガバペンチン、プレガバリン、ミロガバリンなどがある。扁桃体におけるグルタミン酸の過剰な遊離を防ぐことで不安症状を軽減させると考えられている。日本では痛みへの適応しか取得していないが、不安・恐怖の中核である扁桃体から種々の脳部位に投射するグルタミン酸神経に作用し、その過剰な興奮を抑制し不安・恐怖を軽減させる。

（谷向 仁）

■ 文 献

- 1) 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害 2016 <https://www.secre.tariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html> (2022 年 12 月 23 日閲覧)
- 2) Nuñez NA, Joseph B, Pahwa M, et al. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: a systematic review and network meta-analysis. J Affect Disord 2022; 302: 385-400
- 3) Stahl SM. 仙波純一, 松浦雅人, 太田克也 監訳. ストール 精神薬理学エッセンシャルズ—神経科学的基礎と応用. 第4版, p191, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2015
- 4) 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構. 重篤副作
- 5) Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2019; 394 (10202): 939-51
- 6) Ozeki Y, Fujii K, Kurimoto N, et al. QTc prolongation and antipsychotic medications in a sample of 1017 patients with schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010; 34: 401-5

9

非薬物療法

☐精神療法（心理療法，サイコセラピー）

1 がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法

1) はじめに

がんの経験は、身体のみならず、患者の生活、役割、自尊心、家族など多岐にわたって患者に大きな影響を及ぼし、さらに高頻度の精神症状が認められる。例えば、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。あらゆる病期のがん患者が適切な精神的援助を必要としており、また、がん患者は薬物療法より精神療法を希望することが多い¹⁻³⁾。こういったことから、精神療法アプローチは、がん患者に対する精神的援助の中核治療となる。

2) 精神療法とサイコオンコロジーの歴史

精神療法は19世紀に催眠療法を中心に発展し、その影響を受けてフロイト (Freud, S.) が無意識を概念化し、精神分析を創始した。その後、ユング (Jung, C.G.)、アドラー (Adler, A.) らはフロイトから独立してそれぞれの精神療法を提唱し、フロイトの弟子らは精神分析を関係性による人間理解を基盤とした理論へと展開させた。さらに、ロジャーズ (Rogers, C.) らが、自己実現や人間性の成長を目標とした人間中心主義の精神療法として、来談者中心療法 (カウンセリング) を提唱した。そして、アイゼンク (Eysenck, H.J.) やウォルピ (Wolpe, J.) が学習理論を応用する介入法である行動療法を進展させ、その後、ベック (Beck, A.T.) が思考の特徴を扱う認知療法を開発し、この2つは認知行動療法へと発展を遂げて注目されている。こういったなか、1970年代頃から、がんと精神・心理との相互の影響を扱う学問であるサイコオンコロジー (精神腫瘍) が提唱され、グループ療法など、がん患者に対する心理的介入が報告され始めている⁴⁾。サイコオンコロジーにおける精神療法の臨床的焦点は、精神心理的苦痛を緩和することに加えて、それぞれの患者ががん治療とそれを乗り越える旅路において、積極的なコーピング力を育成し、健康的な適応を促進することにある。

3) 精神療法の定義

精神療法とは、治療者-患者関係という職業的な対人関係によって、患者の心身に効果的な影響を与える心理的治療を総称するものであり⁵⁾、主に対話を用い、精神障害や心身症を呈している人、心理的問題や不適応に陥っている人、種々の困難をかかえている人などの認知・情緒・行動などに働きかけ、そこに適応的な変化を図ることを目的としている。

すなわち、精神療法とは、トレーニングを受けた医療専門職との治療関係を通じて、理論的な枠組みに基づいた相互的コミュニケーションによって、精神的負担を軽減させることを

表1 精神療法が効果的に機能するための専門的アセスメント

◆治療者-患者の信頼関係の構築	
・信頼関係、受容・傾聴・支持・共感	
◆包括的なアセスメント	
1) 身体症状のアセスメント	2) 脳の機能的変化の可能性
3) 認知機能のアセスメント	4) 発達特性・知的水準のアセスメント
5) 社会・経済的問題のアセスメント	6) パーソナリティのアセスメント
7) 気分・感情のアセスメント	8) コーピングや疾病の取り組み方のアセスメント
9) 実存的問題のアセスメント	
※詳細はⅡ章-7-2「包括的なアセスメント」(P104)を参照	
◆状態や機能の心理学的説明(包括的なアセスメントに基づいて)	
・なぜこのような状態となっているのか?(状態)	
・患者が「できること」「できないこと」は何か?(機能)	
・問題が発生し維持されている仕組みはどのようなものか?(心理学的メカニズム)	
◆精神療法の適応評価と提示	
・数々ある精神療法のなかで、患者が自分の課題と対処する手段が合致していると感じることができる療法の選択と提示	

[平井啓, 心理士はこんな仕事—心理士が医師・看護師に知ってほしいこと. 緩和ケア 2020; 30: 92-7⁷⁾より引用]

目的とした介入である⁶⁾。精神療法は、理論的な枠組みに応じて250種類以上の技法があるともいわれており、例えば、「その人が現在もっている資質を十全に活かせるように共感的な態度で声掛けを行っていくことで、患者自身の適応力を上げることを支援する精神療法」として、支持的精神療法がある。また、「物事の受け止め方や対処の仕方に焦点を当てて変容を試み、セルフコントロールの力を高める精神療法」として認知行動療法、「不安などの不快な情動のために意識することのできない心の領域に注意を向け、治療者との関係のなかでそれらを体験し意味づけていくことで、症状の緩和や人間関係の改善を目指す精神療法」として力動的な精神療法などがある。その他にも、精神療法としての治療アプローチはさまざまである。

4) 精神療法施行にあたって

精神療法が効果的に機能するために、以下の専門的アセスメントと治療関係の構築が必須となる。すなわち、「治療者-患者の信頼関係の構築」「包括的なアセスメント」「心理学的状態と機能の評価」「精神療法の適応評価と提示」が重要となる⁷⁾(表1)。また、精神療法施行にあたって、さまざまな柔軟な方法で対応していくための準備が必要で、例えば、問題の理解を家族や他の診療科のスタッフと共有して環境調整を図ることや、身体・認知機能の低下があっても機能しやすい刺激の検討(視覚的・聴覚的手がかり)、日常的なケアのなかで尊厳を保つ配慮など、さまざまな工夫を通して患者の精神心理的苦痛や負荷の緩和を図り、精神療法に臨む必要がある⁸⁾。

5) がん医療で用いられる精神療法の種類

がんという身体疾患の現実的な困難な状況を背景にしていることもあり、一般的に支持的な精神療法を基本としながら、さまざまな技法を患者のニーズや臨床像に合わせて複合的に組み合わせる⁹⁾ことが実際的である(表2)。がん患者の気持ちのつらさに対する精神療法に対

表2 本ガイドラインで扱った精神療法の種類

- ・リラクセーション法
- ・支持的精神療法
- ・がん患者に対する問題解決療法
- ・精神分析的・精神力動的・精神療法
- ・認知行動療法
- ・行動活性化療法
- ・アクセプタンス&コミットメント・セラピー
- ・マインドフルネス
- ・がん患者における集団精神療法
- ・ディグニティセラピー
- ・回想法・ライフレビュー
- ・Managing cancer and living meaningfully (CALM)
- ・Meaning-centered Psychotherapy (人生の意味に焦点を当てた精神療法)
- ・IoTを用いた精神療法

して、ランダム化比較試験でその効果が評価されたものとしては、認知行動療法（cognitive behavior therapy：CBT）が多く、そのなかでも、マインドフルネス精神療法（mindfulness-based cognitive therapy：MBCT）、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（acceptance and commitment therapy：ACT）、行動活性化療法（behavioral activation：BA）が報告されている。また、主に終末期のがん患者を対象とした精神療法として、ディグニティセラピー（尊厳療法）、ライフレビュー、managing cancer and living meaningfully（CALM）、人生の意味に焦点を当てた精神療法（Meaning-centered Psychotherapy）が報告されている。

どんな精神療法を行うにしても、治療を行ううえで重要なことは、「アセスメント」と「患者の心に対する向き合い方」が鍵となり、個々の患者のニーズに応じた技法を柔軟に適応していく必要がある。

6) 精神療法の効能

精神療法の効果として、抑うつ、不安、QOL、全般的な気持ちのつらさ（general psychological distress）の改善が認められている。また、横断的な評価改善だけでなく、副産物として、今後のストレスとの付き合い方や価値観の明確化など、持続する苦痛と共に生きること、成長を促進すること（今よりも適応的で健康的な方向へと変化をもたらす）など、がんと共存し主体的に生きていくための術を身につけていくことができることが期待されている。

7) 精神療法の限界と配慮

精神療法には、当然ながら限界があり、時には有害な場合さえありうる。例えば、初学者が避けた方がよいケースは、統合失調症や双極性障害、心気症など精神病性の精神疾患が基盤にある患者、自傷・自殺の既往やパーソナリティ障害などの精神疾患が基盤になる患者である¹⁰⁾。特に、精神病性の精神疾患患者は、精神療法による洞察や自己開示、もしくは過去を振り返ることを促す介入によって、混乱や再発を招きやすくなるため注意が必要で、精神療法を行う前に包括的なアセスメントが求められる所以である。

8) 精神・心理的ケアの専門家へ紹介すること（段階的ケア）

精神療法は、トレーニングを受けた医療専門職が行う治療である。しかし、専門的治療を提供できる医療専門職の数は限られており、段階的ケアを通じて、紹介することも必要となる。段階的ケアとは、精神医学や心理学を専門としない医療者も患者に出現しうる精神的ケアのニーズや心理的問題を評価し適切な対応を行い、問題の複雑さや重症度によってより専門性の高い治療へとつなげるという階層化されたケアのことである¹¹⁾。この考え方に基づいて、初期対応を行う医療者は、より深刻な苦痛を有すると判断された患者や自らの知識の範囲内で対応することが難しいと判断した場合は、精神・心理的ケアの専門家へ紹介することが求められる。日常的に協働、もしくはコンサルテーションを依頼できる精神・心理的ケアの専門家を探すことや連携を心がけることも一助となると思われる。

（大谷弘行，五十嵐友里，市倉加奈子，茅野綾子，柳井優子）

■ 文 献

- 1) Greer JA, Traeger L, Bemis H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17: 1337-45
- 2) Ren W, Qiu H, Yang Y, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. *Psychiatry Res* 2019; 271: 52-9
- 3) Okuyama T, Nakane Y, Endo C, et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 2007; 16: 834-42
- 4) Yalom ID, Greaves C. Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 396-400
- 5) 氏原寛，亀口憲治，成田善弘，他 編. 心理臨床大辞典 改訂版. p727, 培風館，東京，2004
- 6) Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, et al. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017; 56: 16-27
- 7) 平井啓. 緩和ケアにおける心理士の役割 心理士はこんな仕事—心理士が医師・看護師に知ってほしいこと. 緩和ケア 2020; 30: 92-7
- 8) 五十嵐友里. 終末期患者のケア. からだの病気のころのケア (鈴木伸一 編). pp142-52, 北大路書房，京都，2016
- 9) 明智龍男. うつ病，うつ状態の薬物療法・心理療法. 心身医 2014; 54: 29-36
- 10) 鍋田恭孝. 実践心理療法 治療に役立つ統合的・症状別アプローチ. 金剛出版，東京，2016
- 11) National Institute for Clinical Excellence. Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. The Manual. pp78-81, 2004

2 具体的なアプローチ

1 リラクゼーション法

リラクゼーション法とは、不安や緊張から解放されたリラックス状態を導くための方法の総称である。ただし、「不安や緊張から解放された」とはいつても、完全に弛緩した状態や何もしない状態を指すのではなく、緊張と弛緩の間の最適な状態・位置・場に自分自身をおくこと¹⁾であるとされる。リラクゼーション法は、化学療法に伴う予期性悪心・嘔吐、術後の疲労・倦怠感など、がん治療に伴うさまざまな苦痛・不安のコントロールや改善などに用いられる^{2,3)}。また、この方法は、練習を重ねることによって心身の状態を自ら左右できるという特徴をもつことから、がん罹患やその経過に伴いさまざまな変化に振り回され、セルフコントロールの感覚を失いがちな患者が、再びそれを取り戻すことにも役立つと考えられる。さらには、例えば閉所恐怖によるCT検査や先端恐怖による生検の困難さなど、特定の検査や処置が受けられない患者に対してスムーズに治療を提供することにも効果をもたらす可能性がある²⁾。このようにリラクゼーション法は、患者の精神的健康を支え、心身の苦痛への対処スキルを育て、コントロール感を回復させるという意味で、極めて活用範囲の広い方法であり、他の精神療法とも組み合わせて用いやすい。

リラクゼーション法にはさまざまな種類があるが、ここでは、それらを代表する方法として、呼吸法（腹式呼吸）、漸進的筋弛緩法、自律訓練法、誘導イメージ法の4つを紹介する。

1) 呼吸法（腹式呼吸）

古くから、呼吸法は中国やインドなどアジア諸国を中心に、治療の一環として用いられてきた。その後、欧米諸国などにおいても治療法としての展開をみせ、その過程でさまざまな方法が生み出されてきた。呼吸は、心身の状態と密接に関連している。人が不安や緊張状態にある時に行うことの多い胸式呼吸では、呼吸が浅く速くなりがちで、身体はこわばり、不安症状をさらに悪化させる可能性がある。一方、腹式呼吸では、横隔膜が自由に動き、結果として深い呼吸とリラックス状態につながる⁴⁾。そのため、鼻腔からゆっくりと息を吸い込み、横隔膜を使って胃や腹部を膨らませ、そして空気をためた後、口腔からゆっくりと長く息を吐ききる、という腹式呼吸を規則的に続けることが、リラクゼーション法としては推奨されている。腹式呼吸は、リラクゼーション法のなかでも実施が容易であり、また、状態が悪化している患者にも比較的導入しやすい方法である。

2) 漸進的筋弛緩法

漸進的筋弛緩法（progressive muscle relaxation）とは、1920年代にジェイコブソン（Jacobson, E.）によって研究・開発された技法である。身体各筋群（前腕、上腕、下腿・大腿部など）を随意的に緊張させ、そして弛緩させる、ということを順番に行っていくことを通して、リラックス状態を導く技法である。当初、ジェイコブソンは、全身の筋群について非常に多くの時間と回数をかけて訓練を行っていた。しかし近年では、患者の身体的・精神的負担を軽減

減させ、生活のなかにより定着させやすくするため、いくつかの筋群をまとめる、筋群の数を減らすなどして作成された簡易法がよく用いられている。わが国では、がん患者を対象とした簡易法⁵⁾も作成されており、この方法は、CD 音声を用いて簡易に実施することが可能となっている。

3) 自律訓練法

自律訓練法とは、催眠に関する治療経験に基づき、1930 年代にシュルツ (Schultz, J. H.) によって体系化された技法である。「自律訓練 (autogenic training)」という名称が示すように、治療者が主導するのではなく、患者自身で自己調整を行うという部分に重きがおかれている。自律訓練法では、公式化された (決められた文言による) 自己教示を用い、その教示を反復的に暗唱しながら、四肢の重感や温感など、順番に身体内部の感覚への「受動的注意集中」を行っていく。そのような練習を繰り返すことによって心理生理学的変化が生じ、心身のリラックス状態へ、あるいは心身の均衡の保たれた状態へと自己調整が可能となる。この技法の重要なポイントとして、前述の「受動的注意集中」が挙げられる。決して能動的に変化を生み出そうとするのではなく、公式を心のなかでシンプルに繰り返すことで、また特定の感覚に集中しそれを観察するなかで、変化する状態にほんやりと身を任せるのが重要である^{6,7)}。

4) 誘導イメージ法

誘導イメージ法 (guided imagery) とは、イメージを用いて気持ちを落ち着かせ、よりリラックスした状態へと導くための技法である。通常、まずは漸進的筋弛緩法のようなリラクゼーション法を実施することから始め²⁾、その後、気持ちの落ち着きやリラックス状態に関連するような、場所、物、場面などをイメージするよう求める。なかでも場所のイメージが用いられることが多く、その際にイメージするのは、なじみ深い場所でも、過去に行ったことのある場所でも、想像のなかでつくり出した穏やかな場所でもよい。いずれにせよ五感に関するイメージも一緒に膨らませ、自分がその場所にいるかのように実感できるようにする。そのことで、特定のイメージとリラックス状態との結びつきが強まるとともに、リラックス状態を導くためにそのイメージを用いることも可能となる²⁾。

上記のようなリラクゼーション法の長所としては、安全性が高いこと、コストをかけずに実施できること、そして練習を重ねることにより独力で好きな時に好きな場所で実施できること、などが挙げられる。明確な禁忌は少ないとされるが、次のような患者への適用にあたっては、注意を要する^{3,8)}。それらは、①低血圧、②発熱や強い痛みなど、強い身体症状が認められる、③著しい気分の落ち込みや不安など、強い精神症状が認められる、④てんかんなど特定の精神疾患をもつ、⑤虐待や心的外傷を受けた経験がある、⑥顕著な体力低下や疲労がある (特に漸進的筋弛緩法)、⑦循環器や呼吸器の疾患をもつ (特に自律訓練法に関連する器官の自己教示を行う際)、といった患者である。

(福森崇貴)

文 献

- 1) 平井久, リラクゼーションとは何か, 現代のエスプリ 1993; 311: 9-31
- 2) Lewis EJ, Sharp DM. Relaxation and image based therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳. がん患者心理療法ハンドブック, pp81-97, 医学書院, 東京, 2013)
- 3) National Center for Complementary and Integrative Health. Relaxation techniques for health: what you need to know. <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-what-you-need-to-know> (2023年1月20日閲覧)
- 4) Safren SA, Gonzalez JS, Soroudi N. Coping with chronic illness: A cognitive-behavioral approach for adherence and depression. Therapist guide. Oxford University Press, 2008 (堀越勝, 安藤哲也 監訳. 慢性疾患の認知行動療法—アドヒアランスとうつへのアプローチ セラピストガイド, 診断と治療社, 東京, 2015)
- 5) 近藤由香, 小板橋喜久代, 金子有紀子, 他. 簡易版漸進的筋弛緩法の作成とがん患者への介入の効果. 日看研会誌 2011; 34: 87-93
- 6) 五十嵐透子. リラクゼーション法の理論と実際—ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門, 第2版. 医歯薬出版, 東京, 2015
- 7) Linden W. The autogenic training method of J.H. Schultz. In Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE, eds. Principles and practice of stress management, 4th ed. pp527-52, Guilford Press, 2021
- 8) 日本緩和医療学会 編. がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス 2016 年版. 金原出版, 東京, 2016

2 支持的精神療法

支持的精神療法は、がん患者とその家族に対する精神療法のなかで、最も重要な技法として位置づけられており¹⁾、それはまた、すべての精神療法の基礎となるものとされる。一般には、患者に対して関心や共感を示し、熱意をもって話を聴き勇気づけること、また具体的な手助けを行うことが支持的精神療法であると誤解されがちであるが、それらの多くは「支持的な関わり」であって「支持的精神療法」ではない²⁾。それを精神療法と呼ぶには、設定された目標に向け、訓練を受けた治療者が意図をもって関わる必要がある。支持的精神療法とは、患者と治療者との情緒的結びつきや目標の合意を含めた協働関係（治療同盟）をベースに、患者がもともと持ち合わせている問題解決のための資質や能力を高め、それによって感情的苦痛を調整し生活に適応していけるよう援助するための方法である。

ほとんどのがん患者は、元来、高い健康度を維持しながら適応的に生活を送っていた人たちである。また、多くの場合、がん患者に対する精神療法は入院中や通院中に限って行われる。よって、パーソナリティの変容を目指すような長い期間を要するアプローチよりも、がん罹患を契機に生じてきた問題や治療生活への適応に絞って支えていくようなアプローチが、がん患者のおかれた状況やニーズには合致しやすいと考えられる。

ここで、重要なポイントは3つ挙げられる。1つめは、ポジティブな関係性をベースにする、ということである。患者との間に共感や思いやり、安全な雰囲気などがなければ、そもそもこの治療法は成り立たず、よってそのような関係性を形成することこそが支持的精神療法の基本戦略となる³⁾。2つめは、基本的に患者が意識できる問題のみを扱い、無意識的な葛藤や無自覚的なパーソナリティの問題などには深く立ち入らない²⁾ということである。よって、患者が苦痛な感情体験から自身を守るために無意識的に用いている反応様式（防衛機制）も、本人の適応を大きく阻害しない限りは支持され強められる。一方で、例えば、必要な治療の選択が患者の強固な否認によって阻害されている場合などには、そのことを話題に挙げて扱うこともある。最後に3つめは、患者の自信や自己効力感の維持・回復に努めることである。慢性的な障害や不満足な生活のなかにあり、さまざまな変化に振り回されている多く

のがん患者は、自律性や、それまで築き上げてきた自信を喪失しがちである。だからこそ治療者は、患者の発言や考えを尊重し、彼らの主体性が発揮されるのを支えながら、自己効力感を高められるよう働きかける必要がある。

支持的精神療法を実施するなかでよく用いられる技法を、以下にいくつか紹介する。なお、1)～3)の各技法に関する説明は、文献^{2,4)}の内容をもとにまとめたものである。

1) 傾聴

多くの患者は「聴いてもらえている」と感じられると、気持ちが楽になる。ただし、傾聴とは、ただ一生懸命に患者の話す内容を聞くことではない。また「傾聴」を単に概念的に理解するのみではあまり意味はなく、それを具体的な行動レベルに落とし込み、実践できることが肝要である。傾聴にあたっては、相手と向き合う際のアイコンタクトの仕方や姿勢に気を配り、同時に、患者のジェスチャーや振る舞い、声色、あるいは患者の発言と非言語行動との不一致などに細心の注意を払う。また、治療者に「聴こえてきた」ことを患者に簡潔に伝え返すことも重要である。

2) 励ましと保証

励ましは、患者が自らの精神的健康状態を維持したり、何かにチャレンジしたりする際の助けとなる。ただし、チャレンジがうまくいかなかった時に必要以上に挫折を感じることや、治療者の期待に応えられなかったと思いつつ悩むことを避けるため、患者に与える励ましは「最低限」とした方がよい。患者の長所と短所についてよく理解しておくことは、励ましのタイミングや程度を決めるうえでの助けになる。また、変化は簡単に生じるものではないと、患者に繰り返し思い出させることも重要である。励ましは、「保証」というかたちで行われることもある。例えば治療者は、患者の何らかの気がかりに対して保証を与え、そのことによって患者の不安は低減し、生活上の課題に取り組むことができる。保証を行うにあたり、治療者は、保証が現実的なものであること、そして自分の専門的知識の範囲を超えないことに注意する必要がある。例えば、化学療法による治療効果が現実的には得づらいにもかかわらず、あるいは、治療効果に関する専門的知識に乏しいにもかかわらず、「絶対に効きますよ」などと伝えることは避けなければならない。

3) プラスの側面のフィードバック

患者のもつ強みを探したり状況の建設的な側面を強調したりすることは、治療場面に良い雰囲気をもたらすとともに、患者が自分の生活に前向きな見通しをもつことにつながる。ただし、患者自身が良いと感じられていそうなことについてのみそれを行うことが重要である。もしも患者が自分ではまったく良いと思っていないことについて、治療者がプラスのフィードバックを行ったとすれば、それは単なる共感の失敗に終わりがかねない。患者が受け容れることができ、かつ利益を享受できると考えられる程度や範囲を見極めてフィードバックを行うことが大切である。

上で紹介してきたものは、支持的精神療法で使用される技法の一部であり、すべてではな

い。また、これらの技法は支持的精神療法に特有のものというわけでもなく、それらは支持的精神療法のコンセプトに沿ったかたちで個々の患者に合わせて組み合わせられ、治療目標を達成するために使用される。

最後に、支持的精神療法の禁忌は比較的少なく、端的に言えば、精神療法を実施すること自体が禁忌の時は禁忌とされる²⁾。また、せん妄、他の器質性精神障害、薬物中毒、認知症の後期では支持的精神療法の効果は得づらいようであるが⁵⁾、それも他の精神療法と同様であろう。以上のように、支持的精神療法は侵襲性が低く、それゆえ他の精神療法と比べても、適用範囲が広いのが大きな強みであるといえる。

(福森崇貴)

文 献

- 1) Lederberg MS, Holland JC. Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳, がん患者心理療法ハンドブック, pp3-25, 医学書院, 東京, 2013)
- 2) Winston A, Rosenthal RN, Roberts LW. Learning supportive psychotherapy: an illustrated guide, 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, 2019
- 3) Appelbaum AH. Supportive psychotherapy. Focus 2005; 3: 438-49
- 4) Battaglia J. Doing supportive psychotherapy. American Psychiatric Association Publishing, 2020
- 5) Novalis PN, Singer V, Peele R. Clinical manual of supportive psychotherapy, 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, 2019

3 がん患者に対する問題解決療法

1) はじめに

問題解決療法 (problem solving therapy : PST) は、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy) の一つの技法に位置づけられる。PST は、1980 年代にディズリラ (D’Zurilla, T.J.) とネズ (Nezu, A.M.) によってうつ病の治療法として構築された¹⁾。うつ病患者は、社会的問題解決 (social problem solving) の力が低下した状態、つまり、問題が悪循環に陥っている状態にあるとされ、その力を回復させたり、形成したりするための人の認知と行動を体系化することが目的とされている。Cuijpers ら²⁾は、成人のうつ病患者を対象とした精神療法のランダム化比較試験研究のメタアナリシスを行い、その結果、PST は、非指示的精神療法よりも効果が高く、認知療法、行動活性化療法、対人関係療法、ソーシャルスキル・トレーニング、精神力動的な精神療法といったさまざまな精神療法と同等の効果があることを示している。

PST は、うつ病以外でも、社交不安、統合失調症、知的障害、薬物依存などの心理的問題をかかえた者や、肥満、がん、冠動脈疾患などの身体疾患に伴う苦痛の緩和、ストレス・マネージメント、人間関係などに有効であることが示されている¹⁾。このうちがん患者については、Nezu ら³⁾のグループが、132 名の成人がん患者を対象としたランダム化比較試験を行い、問題解決能力と QOL が向上し、さらに患者に加えて、親しい他者と一緒に介入を行うことで長期的な効果がみられることを明らかにしている。Doorenbos ら⁴⁾は、化学療法加療中のがん患者 237 名を対象に、化学療法の副作用の緩和を目的とした PST の有効性を検討し、PST はがん患者の症状コントロールにも有効であり、心理の専門家ではない看護師が介入を

行うことが可能であることを示している。また、Sahler ら⁵⁾は、小児がん患児の母親を対象にランダム化比較試験を行い、母親の問題解決能力の向上、否定的感情の改善に有効であったことを報告している。

わが国では、「がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチなどの精神医学的介入の有効性に関する研究班（明智班）」においてわが国のがん患者を対象としたプログラム開発が行われ⁶⁾、乳がん患者を対象とした前後比較研究において、がん患者の心理的苦痛の緩和に PST が有効であることが示されている⁷⁾。

2) 問題解決療法を行う

PST は、自らが取り扱う問題を明確にし、何が問題かを明らかにする「問題の定義」、問題解決によりどんな状態にたどり着きたいかのゴール（目標）を定める「目標設定」、効果的な解決策のバリエーションを考える「解決策創出」、ゴールに近づくために最も効率的な解決策を選択する「意思決定」、解決策の実行と結果のフィードバック、反省を行う「実行・評価」の5つのステップにより構成される⁸⁾。これらの5つのステップを効果的に行うためには、図1に示したようなワークシートを用いて行うことが勧められる。

<SOLVE> 問題解決キャンバス Ver2.0

Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Timed

最初に感じた問題 Problems	SMARTプラン：SP（Risk assessment：Base? Upside? Backup?）<SMARTゴール	
	状態目標：Strategic Goal<smARt	行動目標：Behavior Goals<Blain-storming
	どうしたいか?：What I want	
	どうあるべきか? What should be	
現在の状態：What is	リスクと条件：Risk	行動計画：Behavior Plan<SMarT
アウトカム（When, Where, What, with Whom, and How?）：Outcomes		
良い影響：Positive Consequences	悪い影響：Negative Consequences	

図1 問題解決キャンバス
〔平井啓，他．ワークシートで学ぶ問題解決療法．ちとせプレス，2020⁹⁾より引用〕

問題の定義のステップでは、問題を、患者が「こうありたい」「こうあるべき」と思っていることと「現在の状態」にギャップがある状態として定義していく。例えば、手術で胃を全摘した消化器がん患者の問題は、「食事を食べたい」と思っているのに、「食べられない」状態であることで大きなギャップがあった。目標設定のステップでは、この問題に対して、

Specific（具体的か？）、Measurable（測定可能か？）、Achievable（達成可能か？）、Relevant（もともとの問題に関連しているか？）、Timed（期限が決められているか？）の頭文字をとった SMART ゴールの基準に従って目標設定を行っていく。例えば、先程の例の場合、「食べられるようになる」は、1 週間では達成可能な目標ではないために、「食べられそうなもの（方法）を探す」という目標を SMART ゴールとして設定した。

次の解決策創出では、ブレインストーミングを行い、できるだけたくさんのバラエティー豊かな解決策を書き出すことから始める。日常の問題解決では、解決策創出と次のステップの意思決定を同時に行ってしまうために、安易な解決策を選んだり、諦めてしまったりすることになる。そのため、ブレインストーミングでは、実際にできるかどうかはいったん保留するというルールをあらかじめ患者に伝えておくことが重要となる。最終的には解決策のリストを作成する。次の意思決定のステップでは、作成されたリストのなかからいくつかの解決策を選び、それぞれについてプロス（Pros, メリット, ベネフィット）とコンス（Cons, デメリット, リスク, コスト）を患者に挙げてもらう。挙げられたプロスとコンスのそれぞれの要素について重要性の点数をつけてもらう（例：とても重要＝5 点, 重要＝4 点, 普通＝3 点）。プロスの要素をプラス、コンスの要素をマイナスとして合計点を算出して、最も点数の高い解決策を、実際に実施する解決策として選択する。前述の消化器がん患者の例では、さまざまな解決策のなかから、「料理の写真を見る」「心に浮かんだものを食べてみる」「自分のペースで食べてみる」の3つの解決策を実行してみることとなった。

最後の実行・評価のステップでは、選択された解決策について、患者が自分のカレンダーにスケジュールとして入れられるくらい具体的な行動計画を立てる。この時に、計画がうまくいかなかった時のバックアップの計画（例えば、外出の計画を立てるが天気が悪かった時に行う計画）を立てておくといよい。通常の PST では、この行動計画を次のセッションまでの宿題とする。次のセッションでは、宿題をやってみてうまくいったかどうか、うまくいかなかった時はその理由などを報告してもらう。目標が達成されれば、次のセッションでは別の目標を立てるか別の問題に取り組むことになる。目標が達成されなかった場合は、問題の定義、目標設定、選択した解決策のいずれかを修正し、再度、問題解決に取り組むようにする。

3) おわりに

消化器がん患者の PST の最後のセッションでは、この患者は、「食べられないということは大した問題ではないと思えるようになった」と言い、妻の介護、昔からの馴染みの飲食店の店員など人とのコミュニケーションをとることをより優先度の高い目標として設定できるようになった。これは、「こうあるべき」という問題設定が、「こうありたい」という問題として再設定されて、それに向かって行動できるようになったといえる。このように PST では、実際に現在の状態を「こうありたい」「こうあるべき」に近づけるよう行動するアプローチと、現在の状態の延長線に「こうありたい」状態を設定することで現実的に行動するアプローチの2つの方向性で考えることができる。がん患者、特に再発転移の患者を対象とする場合は、後者のアプローチとなる場合が多くなると考えられる。一方で、PST は、精神症状が重度な精神障害や発達障害などの発達の特性が強い場合は、問題や状況を認識する

こと自体が難しかったり、強いバイアスがかかったりする。そのため、直接 PST を適用することが難しく、その場合は、治療者側の治療戦略やケース・フォーミュレーションに PST を活用することになる⁹⁾。

(平井 啓)

文献

- 1) D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention, 2nd ed. Springer, New York, 1999
- 2) Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol 2008; 76: 909-22
- 3) Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH, et al. Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. J Consult Clin Psychol 2003; 71: 1036-48
- 4) Doorenbos A, Given B, Given C, et al. Reducing symptom limitations: a cognitive behavioral intervention randomized trial. Psychooncology 2005; 14: 574-84
- 5) Sahler OJ, Fairclough DL, Phipps S, et al. Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite randomized trial. J Consult Clin Psychol 2005; 73: 272-83
- 6) Akechi T, Hirai K, Motooka H, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. Jpn J Clin Oncol 2008; 38: 867-70
- 7) Hirai K, Motooka H, Ito N, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. Jpn J Clin Oncol 2012; 42: 1168-74
- 8) 平井啓, 本岡寛子. ワークシートで学ぶ問題解決療法. ちとせプレス, 2020

4 精神分析的・精神力動的精神療法

精神分析的（精神力動的）精神療法というと、トレーニングを受けた専門家による「転移解釈」と「自由連想」を中心とした高頻度の精神療法という、少し敷居が高い印象をもたれることが少なくない。その定義¹⁾は「転移に着目しながら、思慮深く、タイミング良く、転移と抵抗が解釈され、得られた治療者の理解は患者の心の世界に深く貢献する」とされる。専門用語を用いずに言い換えれば「患者の苦悩に耳を傾け、幼少期から歩んできた生活史に共感し、繰り返し経験する困難について、治療者-患者関係（転移）を基盤に改善しようとする試み」であり、これは多くの臨床家をもつ基本的態度といえよう。臨床現場ではそのエッセンスを残しながら状況に合わせて応用される。近年、精神分析的精神療法のエビデンスは、うつ病を中心に、確立されつつある²⁻⁴⁾。最近のメタアナリシス⁵⁾でも、精神分析的精神療法は薬物療法や認知行動療法と同等に効果的とされた。また、診療報酬請求が認められた精神療法として月に6回（390点/回）まで算定できる。

フロイトは、『悲哀とメランコリー』⁶⁾のなかで、正常な喪の過程と病的なメランコリーの過程を比較しつつ論じた。近年では、正常な喪の仕事も永続的に人間の精神構造に複雑な影響を及ぼすとされる⁷⁾。多くの喪失を経験するがん患者の精神分析的精神療法は、Eissler⁸⁾によって初めて適応された。その後もがん患者に適応されてきたが、現時点でもエキスパートコンセンサスや症例報告にとどまっている⁹⁾。最近では、がん患者の精神分析的精神療法の総説で歴史的変遷をたどりつつ、否認について対応し、不確実な予後を受け入れ、自尊心を高め、死の不安について探索することが重視されている¹⁰⁾。今後は、よりエビデンスレベルの高い知見が発信されることが必要になるだろう。

1) 治療設定と診断面接

患者の身体機能、軽度意識障害、薬剤因性の精神症状などの可能性などに鑑みて、面接設定を決める。具体的には、患者が確保できそうな時間帯や身体疾患の状態によって場所（外来診察室、病棟面談室、ベッドサイドなど）、頻度、面接時間などを設定する。精神療法が開始されただけでできるだけ一定にするが、身体の状態に合わせて柔軟に対応する必要がある。

原則として最初の4回は、診断面接を行って、精神分析的精神療法の適応について判断する。精神症状が発症して精神療法の導入に至った経緯について、身体疾患の病歴と関連づけながら聴取する。また、生活歴や家族歴などの心理社会的背景（可能なら幼少期の養育、家族の性格や相性、両親の出会い、両親それぞれの生活史や兄弟など）についても聴取する。患者が「つらそうだ」という理由で、患者の心理社会的背景の聴取を省略すれば、精神症状の対応に終始せざるを得なくなってしまうので留意する。

2) 治療経過—つらさの変遷—

(1) 治療関係の構築（転移性治療）

精神療法を開始したら、患者に面接内容の舵取りをしてもらい、患者の連想と情緒を十分に傾聴する。患者の苦悩は、痛みや悪心など身体的苦痛から家族との関係やこの先の不安など社会的苦痛まで幅広い。秘密が守られる空間で苦悩を受け止めてもらう患者は、治療者を信頼し、関係性の基盤が確立していく。このような治療初期の一過性の回復は転移性治療とされる。この時期を経て、患者特有の関係性（転移）が徐々に発動する。

(2) 苦悩の否認と直視

がんの告知がされていても、患者が「がんである現実」をすぐに受け入れることは多くない。急性期の治療者の役割は、現実の直面に伴って生じる不安を傾聴して軽減し、患者の置かれている状況を少しずつ共有することにある。患者が現実と直面していく期間は、さまざまであろう。患者にとって衝撃が大きすぎる場合、治療者は患者の不安を棚上げにして、患者と共に「身体疾患である現実」をしばらく否認したままであることが望ましいことがある。さて、このような身体疾患をもつ患者に対する精神分析的精神療法の特徴¹¹⁾は、患者の幼少期の体験が身体疾患を機に再燃すること、患者は依存的な状況に苦悩し権威との葛藤を矮小化すること、患者の主な葛藤は「信じること」「分離/見捨てられ感」などと指摘される。治療者は、このような転移関係について解釈を通じ、患者の苦悩を共有する。

(3) 諦念と再構築

患者は、少しずつ現実を受け入れ、身体疾患をもった新しい生活を再構築する。この時期、患者は、急性期に「身体疾患である現実」と直面したように、「家庭や社会における喪失」に直面する。患者は失望し、抑うつ、不安、怒り、軽躁などさまざまな反応を示す。さらに、患者の心の支えとなってきた患者仲間などを失った場合、患者は厳しい現実を突きつけられる。精神療法過程は、患者の年齢、がんの重症度、罹病期間、パーソナリティ傾向、家族や医療者の支持機能などによりさまざまである。精神療法の終盤では、患者は心の痛みや哀しみを受け止め、それに持ちこたえるなかで現実に向かい合い、やがてある種の諦念が生じる。

患者の人生におけるさまざまな喪失について改めて思い巡らせることも少なくない。こうした心境になると、患者は、他責的でなく、他者を思いやり、自身の限界を受け入れるようになる。

(4) 終末期について

終末期の患者は、死について受容し、家族に看取られ、穏やかな臨終を迎えることが望ましいが、必ずしも理想的にいくとは限らない。家族との関係が悪かったり、医療者に易怒的になったり、ほかの患者に迷惑をかけたりする患者もいる。医療者は理想的な終末のみにとらわれず、色々な生き方があるように色々な死に方を受容する必要がある。死が近づくとき医療者は、患者や家族の重苦しい雰囲気回避したくなり、足が遠のきがちになるが、こうした時でもできるだけ目の前で生じる現実と向き合うように努める。

さて、患者が死亡すると、治療者にも悲嘆反応が生じ、場合によっては、悲嘆反応が遷延することがある。そのような時、治療者は同僚に相談したり、カンファレンスなどで臨床経過を振り返る機会をもったりすることによって回復に向かうことが多い。治療者の置かれている環境はさまざまだが、燃え尽きを防ぐためにも、同じ指向性をもつ仲間をもつことが望ましいと思う。

(木村宏之)

文献

- 1) Gunderson JG, Gabbard GO. Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 1999; 47: 679-704
- 2) Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300: 1551-65
- 3) Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 15-22
- 4) Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015; 14: 312-21
- 5) Steinert C, Munder T, Rabung S, et al. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry* 2017; 174: 943-53
- 6) Freud S. Mourning and melancholia S. E. 14, 1917(悲哀とメランコリー、フロイト著作集6(井村恒郎 翻訳)、人文書院、東京、1970)
- 7) Kernberg O. Some observations on the process of mourning. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 601-19
- 8) Eissler KR. The psychiatrist and the dying patient. International Universities Press, New York, 1955
- 9) Goldie L, Demarais J. Psychotherapy and The treatment of Cancer Patients. *Bearing Cancer in Mind*, 1st ed. Routledge, London, 2005 (平井正三、鈴木誠 監訳、がん患者の語りを聴くということ―病棟での心理療法の実践から、誠心書房、東京、2022)
- 10) Straker N. The treatment of cancer patients who die. *Psychodyn Psychiatry* 2020; 48: 1-25
- 11) White CA, Trief PM. Section V Issues in specific populations. Psychotherapy for medical patients. In Gabbard GO, Beck JS, et al., eds. *Oxford Textbook of Psychotherapy*, pp396-409, International Universities Press, New York, 2005

5 認知行動療法

認知行動療法（cognitive and behavioral therapies）は、学習理論をはじめとする行動科学と認知科学によって得られた知見を臨床の諸問題へ応用したものと定義され、そのために開発された諸技法を体系化して発展してきた精神療法である（日本認知・行動療学会の定義¹⁾）。具体的には、生活場面で生じるさまざまな問題における感情、思考、行動、および身体状態の相互作用から生じる悪循環を整理するとともに、その問題の解決目標とその具体策を明確にしながら支援を行っていく。支援においては、本人の対処能力やセルフコントロール力の向上を重要視し、新たな体験や気づきを通して、気分・感情のマネジメントスキルや問題解決スキル、柔軟で多様な思考様式などの習得を目指していく（詳しくは成書²⁾を参照）。

認知行動療法の特徴として従来の伝統的な精神療法と大きく異なる点は、特定の疾患や臨床問題に対応した介入プログラムが体系化されている点、プログラムのねらいや進め方が明確である点、対象者の気づきや学びを促進するための心理教育資料やワークシートなどが整備されている点、介入による思考・行動変化や症状の改善の程度などを客観的な指標によって評価していく点などが挙げられる。これまでに、うつ病や不安障害、強迫性障害やストレス関連障害などさまざまな介入プログラムが開発されており、その多くが質の高い臨床試験においてエビデンスが示されている（表3³⁾）。

これまでに、がん患者の抑うつや不安に焦点を当てた認知行動療法が多く実施されているが^{4,5)}、なかでも Moorey と Greer⁶⁾によって体系化された「がん患者の認知行動療法」は、がん患者に特徴的な不安や抑うつ、生活問題などに焦点が当てられたものである。このプログラムは、がんという病をかかえながらの生活のなかで生じる心理的苦痛の軽減をねらいとするとともに、がんに向き合いながら受容を促進し、精神的適応や生活全般に対するセルフコントロール力を向上していく。また、がんの発症を契機に生じやすいパートナーとの関係性（過剰な遠慮や気遣い、極端な思い込みなど）に焦点を当て、コミュニケーション

表3 認知行動療法の効果に関するメタアナリシス結果

疾 患	比較内容	effect size
成人うつ病	待機群またはプラセボ	0.82
思春期うつ病	待機群	1.11
全般性不安障害	プラセボ	1.26
パニック障害	プラセボ	0.65
社交不安障害	待機群またはプラセボ	0.93
強迫性障害	治療前後の改善度	1.86
PTSD	待機群	1.70
統合失調症	治療前後の改善度	1.28
怒り感情	未治療群	0.70
神経性過食症	治療前後の改善度	1.35
慢性疼痛	待機群	0.33

[Butler AC, et al. Clin Psychol Rev 2006; 26: 17-31³⁾を参考に作成]

表4 がん患者の認知行動療法のねらいと構成要素

◆セラピーの目標
心理的苦痛の軽減
ポジティブなファイティングスピリットの促進
がんに対する精神的適応の促進
生活全般に対するコントロール感の促進
がん治療への積極的参加
がんに関連した問題への有効なコーピングの習得
パートナーとのコミュニケーションの改善
ネガティブ感情の適切な表出の促進
◆セラピーの構成要素
・ ケース・フォーミュレーションと心理教育
・ 感情表出
受容とノーマライゼーション, マインドフルネスと内省, 否認への働きかけ
・ 行動的技法
リラクセーション法, 活動スケジュール, 段階的な課題設定, 問題解決技法, 行動実験
・ 認知的技法
自動思考のモニタリング, 不安や心配の整理 (具体/漠然), 認知再構成法
・ パートナーとの作業
傾聴と共感スキル, 関係性に関する思い込みの検討, 共同セラピストとしての役割

[Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. Oxford University Press, 2012⁶⁾を参考に作成]

の改善と適切なパートナーシップの回復を促していく点も特徴的である。

具体的なプログラムの構成要素としては (表4)⁶⁾, ①不安や心配, 抑うつなどの背景にある思考・行動・感情・身体症状の悪循環についての自己理解を図るための心理教育とケース・フォーミュレーション, ②適切な感情表出の方法を学ぶための受容とノーマライゼーションやマインドフルネス技法, ③心理的苦痛の軽減とセルフコントロール力の向上のためのリラクセーション法や各種行動的技法, および問題解決技法, ④破局的・否定的思考の緩和と前向き思考の探索のためのセルフモニタリングや認知再構成法, ⑤パートナーとの関係性の改善のためのコミュニケーション技術・トレーニングやパートナーへの思い込みの再検討, などが挙げられる。今後, がん患者への認知行動療法が, わが国においても普及していくことが期待される。

(鈴木伸一)

文献

- 1) 日本認知・行動療法学会 編. 認知行動療法辞典. 丸善出版, 東京, 2019
- 2) 坂野雄二 監修, 鈴木伸一, 神村栄一 著. 実践家のための認知行動療法テクニックガイド—行動変容と認知変容のためのキーポイント. 北大路書房, 京都, 2005
- 3) Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006; 26: 17-31
- 4) Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L, et al. Psychotherapy for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Psychiatry Med 2016; 51: 414-30
- 5) Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, et al. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Cancer Treat Rev 2017; 56: 16-27
- 6) Moorey S, Greer S. Oxford guide to CBT for people with cancer. Oxford University Press, 2012 (鈴木伸一 監訳. がん患者の認知行動療法—メンタルケアと生活支援のための実践ガイド. 北大路書房, 京都, 2016)

6 行動活性化療法

行動活性化療法は、そもそも Beck ら¹⁾によって体系化されたうつ病への認知療法における構成要素の一つであり、段階的目標設定や活動スケジュールの作成などを通して、活動性の向上と行動レパートリーの拡充をはかる「行動活性化」という技法がルーツとなっている。その後、Martell ら²⁾が、活動の背景にある個人にとっての「価値づけ」に焦点を当てた一連の精神療法へと発展させ、現在に至っている。

行動活性化療法の特徴は、これまでの精神療法が焦点を当てていたネガティブな思考・感情を直接的に扱うのではなく、抑うつ状態によって生じる活動性の低下と、それに伴うさらなる抑うつの悪循環（図2）を断ち切ることに焦点を当てている。具体的には、対象者がこれまでの生活で大切にしていた「人生の価値」に着目し、それを背景とした日常生活活動（対人関係や趣味、目標に向かった活動など）を促進することを通して、生活のなかで小さな喜びや楽しみ、達成感や満足感などを感じることができるよう支援していく。すなわち、ネガティブな思考や感情を生じさせているマイナスな側面の減少・改善を目指すのではなく、対象者が本来持ち合わせていた健康的な側面や人的・社会的資源の再活用を通して、気分の改善と生活の再構築を促進していく精神療法である（表5³⁾。

行動活性化療法の有効性に関しては、うつ病に対して、従来の認知行動療法と同等の効果があることが多くの研究で実証され、高いエビデンスを有することが確認されている⁴⁾。さらに、Richards ら⁵⁾によれば、行動活性化療法は、簡便な治療法であり、実施者のトレーニングなどに関わる治療コストが認知行動療法に比べて低いことが明らかにされている。

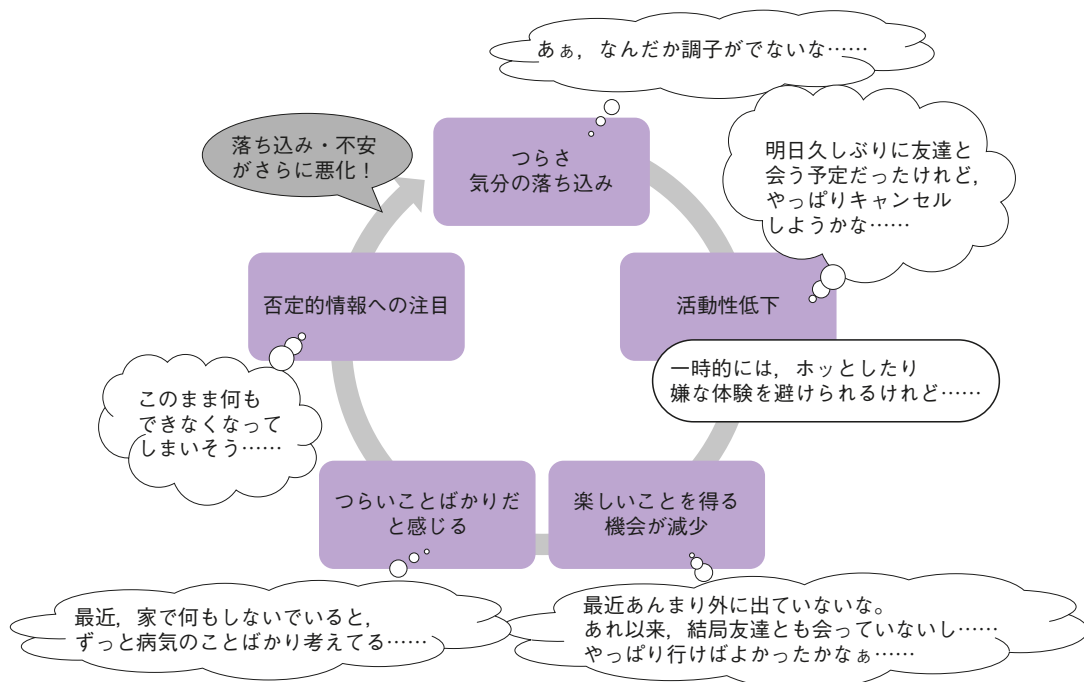


図2 抑うつ状態に伴って生じる活動性低下の悪循環

表5 行動活性化療法の構成要素 (ACTION)

Assess	回避的な態度（閉じこもりがちな生活）が、気分や感情にどのような影響をおよぼしているかを再確認する
Choose	回避するか行動するかを選択する
Try out	選んだ行動は何でも試す
Integrate	新しい行動を生活習慣に取り入れる
Observe	活動の結果、自分にどのような変化が生じているかを観察する
Never give up	あきらめずに、継続的に取り組む

〔鈴木伸一．行動活性化療法．臨床精神医学 2012; 41: 1001-5³⁾を参考に作成〕

一方、がん患者を対象とした行動活性化療法の有効性に関しては、Hopko ら⁶⁾が乳がん患者を対象とした臨床試験を行い、うつ状態を有意に改善するとともに、問題解決療法と同等の有効性があることを確認している。また、わが国においては、鈴木⁷⁾が「がん患者用の行動活性化療法プログラム」を開発し、その効果がオープントライアルにおいて検証され、治療前後でがん患者のうつ状態が介入後に有意に改善するとともに、その効果が3カ月後まで維持されていることが確認されている⁸⁾。

鈴木⁷⁾によって開発されたがん患者用の行動活性化療法プログラムは、①活動記録による閉じこもりがちな生活パターンの理解、②具体的な活動プランと実行のための工夫の話し合い、③活動に伴う喜びや達成感などポジティブな側面への焦点化、④自分にとって大切なことや人生の喜び・価値の明確化、⑤不安や心配の反すうからの脱却、⑥これからのライフプランの創造、⑦プログラムの総括と今後の課題の整理、という7つのセッションから構成されている。平山ら⁸⁾によれば、がんの種別やステージの違いにおいても適用可能性や改善度に大きな違いがないことが示唆されており、今後がん患者への行動活性化療法に関するさらなるエビデンスの蓄積が必要であるが、わが国での普及が期待される。

(鈴木伸一)

■ 文 献

- 1) Beck A, Rush J, Shaw B, et al. Cognitive therapy of depression. Guilford, 1979 (坂野雄二 監訳．うつ病の認知療法．岩崎学術出版，東京，1992)
- 2) Martell C, Addis M, Jacobson N, et al. Depression in context: Strategies for guide action. Norton & Company, 2001 (熊野宏昭，鈴木伸一 監訳．うつ病の行動活性化療法—新世代の認知行動療法によるプレイクスルー．日本評論社，東京，2011)
- 3) 鈴木伸一．行動活性化療法．臨床精神医学 2012; 41: 1001-5
- 4) Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PLoS One 2014; 9: e100100
- 5) Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA) : a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet 2016; 388(10047): 871-80
- 6) Hopko DR, Armento ME, Robertson SM, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. J Consult Clin Psychol 2011; 79: 834-49
- 7) 鈴木伸一．がん患者の行動活性化療法．第29回日本サイコオンコロジー学会総会 抄録集，p82，2016
- 8) Hirayama T, Ogawa Y, Yanai Y, et al. Feasibility and preliminary effectiveness of behavioral activation for patients with cancer and depression in Japan. Palliat Med Rep 2023; 4: 150-60

7 アクセプタンス&コミットメント・セラピー

アクセプタンス&コミットメント・セラピー（acceptance and commitment therapy：ACT）は、機能的文脈主義（functional contextualism）と呼ばれる哲学に基づき、行動分析学（behavior analysis）や関係フレーム理論（relational frame theory）を基礎理論とした精神療法である。ACTでは、人間の精神病理を「心理的非柔軟性（psychological inflexibility）モデル」として、精神健康を「心理的柔軟性（psychological flexibility）モデル」として定式化している¹⁾（図3）。両モデルは対になっており、六角形の各頂点は裏表の関係性になっている。また、各モデル内の6プロセスは相互に影響し合うため、対角線が引かれている。このモデルはACTにおけるトリートメント・モデルであり、各プロセスについてケース・フォーミュレーションを行い、全体として心理的柔軟性の状態を促すように介入していく。

心理的非柔軟性モデルは、「体験の回避」「認知的フュージョン」「非柔軟な注意」「概念としての自己に対する執着」の4つのプロセスと関与する。このうち、認知的フュージョンと体験の回避は、人間の苦悩の根源に関わるプロセスとされている。認知的フュージョンとは、特定の考えにとらわれ、行動を支配されてしまう状態のことであり²⁾、こうした状態が強まると体験の回避も生じやすい。体験の回避とは、特定の思考や感情、記憶などと接触し続けることを好まず、その形態や頻度、それらが生じる文脈を変えようとする際に生じる現象¹⁾とされる。体験の回避によって、短期的には不快な思考や感情との接触を回避できるかもしれないが、長期的には、それらの強度や頻度を高め、QOLの低下を招く場合が多い。このようにACTでは、症状の軽減そのものを治療目標として設定せず、そうした症状をコントロールしようとする行動パターン（体験の回避）が過剰になっている状態を問題と捉え、治療のターゲットとするのである。認知的

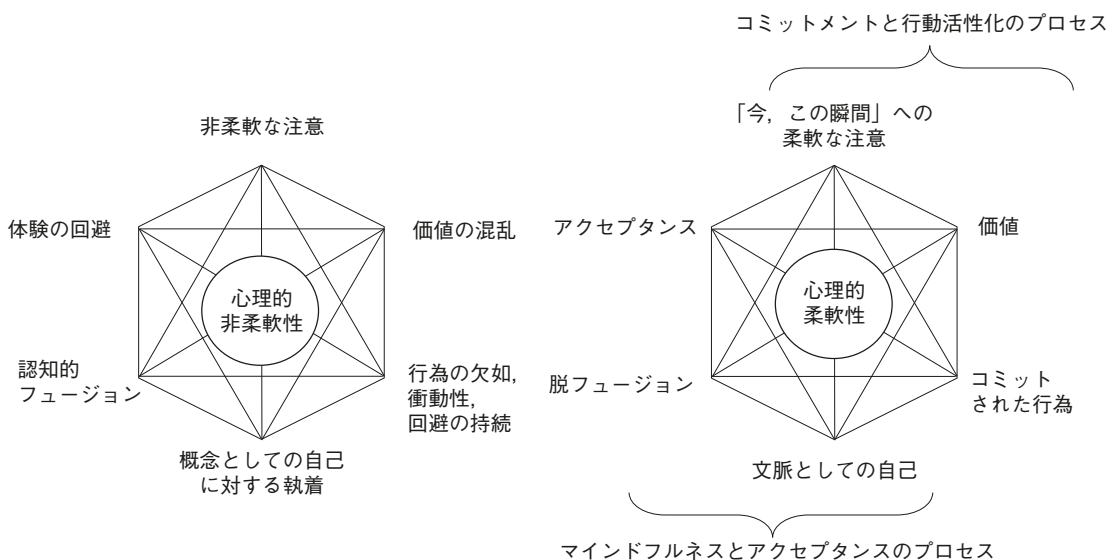


図3 心理的柔軟性・心理的非柔軟性モデル

〔Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. 2011¹⁾より作成〕

フュージョンや体験の回避が優勢になると、「今、この瞬間」との接触が断たれてしまい、人生において大切にしたい方向性（価値）が不明瞭となり、価値に沿った行動が生じにくい状態が維持されてしまう。

他方で、心理的柔軟性モデルでは、「アクセプタンス」「脱フュージョン」「『今、この瞬間』への柔軟な注意」「文脈としての自己」「価値」「コミットされた行為」の6つのコア・プロセスを促していく。心理的柔軟性とは、十分な気づきと完全に開かれた心をもって、「今、この瞬間」に存在し、自分の価値に従って行動する能力²⁾、とされる。6つのプロセスは、左側を「マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス」、右側を「コミットメントと行動活性化のプロセス」としても分けられる¹⁾。「マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス」では、自分と思考とを区別し、思考から距離を置くこと（脱フュージョン）や、思考や感情に心を開き、そのまま受け容れること（アクセプタンス）を促す。「コミットメントと行動活性化のプロセス」では、人生において大切にしたい姿勢（価値）を言葉にして、価値に基づく行動を活性化させること（コミットされた行為）を促す。両者に重なって位置づけられるプロセスでは、自分の思考や感情に飲み込まれることなく、今この瞬間の体験にありのままに注意を向け（「今、この瞬間」への柔軟な注意）、思考や感情を観察する「視点」としての自己（文脈としての自己）を促す。なお、ACTは「体験型のセラピー」ともいわれ²⁾、これらのプロセスは、体験的エクササイズやワーク、メタファーを用いながら促進される場合が多い。

サイコオンコロジー領域においても、最新のシステマティックレビューやメタアナリシスによって、ACTの有用性が示されている。例えば、ACTはがん患者の心理的苦痛を軽減し、心理的柔軟性、QOL、希望の感覚を向上させることが報告されている³⁾。また、乳がん患者においては、ACTは不安、うつ、ストレスを軽減し、希望の感覚を向上させる結果が示されている⁴⁾。進行がん患者においては、ACTはQOLの改善、不安、うつ、心理的苦痛、倦怠感の緩和に効果が示されている⁵⁾。がんサバイバーにおいては、ACTは不安、うつ、再発恐怖を有意に減少させ、心理的柔軟性とQOLを改善させることが示されている⁶⁾。このように、本領域におけるACTの取り組みは広がりを見せるが、わが国においてはACTが実施できる治療者の不足などの課題があり、実施体制の整備が望まれる。

（酒井美枝）

II 文 献

- 1) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2011（武藤崇，三田村仰，大月友 監訳。アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）—マインドフルネスな変化のためのプロセスと実践，第2版。星和書店，東京，2014）
- 2) Harris R. ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications, Oakland, 2009（武藤崇 監訳。よくわかる ACT—明日からつかえる ACT 入門。星和書店，東京，2012）
- 3) Zhao C, Lai L, Zhang L, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. J Psychosom Res 2021; 140: 110304
- 4) Li H, Wu J, Ni Q, et al. Systematic review and meta-analysis of effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients with breast cancer. Nurs Res 2021; 70: E152-60
- 5) Fang P, Tan L, Cui J, et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Adv Nurs 2023; 79: 519-38
- 6) Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, et al. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. J Cancer Surviv 2021; 15: 427-51

8 マインドフルネス

1) マインドフルネスとは

マインドフルネス (mindfulness) という用語は、①概念、②技法、③プログラム、の3つの意味で用いられ、混同されることがあるので、初めにその整理から始める¹⁾。

(1) 概念としてのマインドフルネス

マインドフルネスとは、気づき (mind) に満ちた (full) 状態 (ness) を指し、「意図的に、今この瞬間に、価値判断をすることなく注意を向けること」などと定義される。

マインドフルネスの概念を理解するには、人間の2つの情報処理モード (することモード doing mode と、あることモード being mode) の理解から始めるとよいかもしれない。「することモード」とは、私たちが日常用いているモードであり、仕事の段取りをあれこれ考えるなど、問題を解決する際に用いるモードである。それに対して「あることモード」は、現在の体験をそのまま感じ取り、向き合うモードである。例えば、コーヒーを飲む時に五感をフルに使ってその香り、熱さ、苦みを存分に味わう、などである。「あることモード」では、五感だけでなく、思考や感情も観察することができる。例えば、「自分はダメだ」と思った時に、「今、自分は『自分はダメだな』と考えているな」とか、「悲しい」時に、「今、『悲しい』と感じているな」などと捉えることができる。そのように自身の体験に加工を加えずに向き合うことは、思考や感情を客観的に、適切な距離をもって接することにつながる。それにより、感情に支配されず、その場に望ましいより適応的な考えや行動を選択し、心の安寧につながる可能性が高くなる。マインドフルな状態とは「あることモード」で目の前の体験に接している状態と整理できる。

(2) 技法としてのマインドフルネス

(1) で述べたマインドフルな状態に近づくことに寄与するさまざまな実践法が、マインドフルネス技法である。マインドフルネス技法は、基本的にはさまざまな瞑想の実践である (フォーマルなマインドフルネス実践と呼ばれる)。集中瞑想、観察瞑想、コンパッション瞑想などがある。集中瞑想とは、今この瞬間に生じている経験に注意をとどめるための集中力を育む技法である。例えば、自分の呼吸に注意を向けるのであれば、息を吸った時・吐いた時の鼻の周りの感覚や、お腹や胸、肺が広がり、へこんでいく感覚を観察する。呼吸をコントロールすることはせず、呼吸から注意がそれたら、注意をそらせたものが何か確認し、また呼吸に注意を戻す、などがある。

また、日常生活・日常動作のなかで行う実践 (インフォーマルなマインドフルネスの実践) もある。例えば、何かを食べる時に、目の前の食べ物に五感を働かせて接し、全身全霊で味わう、などである。

(3) プログラムとしてのマインドフルネス

プログラムとしてのマインドフルネスとは、(1) のマインドフルな状態に近づくことを目的として、(2) に述べたさまざまな技法を系統的に行い習得するプログラムをいう。エビデ

ンスの裏付けがあるマインドフルネス・プログラムは、主にマインドフルネスストレス低減法 (mindfulness-based stress reduction : MBSR) とマインドフルネス認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy : MBCT) の2つである。マインドフルネス技法を活用する精神療法は他にもあるが、あくまで部分的な活用であり、瞑想実践を中心的に行うプログラムである MBSR や MBCT とは一線を画すと考えられている。

MBSR は、グループ形式の介入法で、週1回2時間～2時間半のプログラムを8週間行い、6週目の週末には6時間のミーティングをもつ。30名程度のグループで行うが、プログラム以外の時間にも自ら練習を重ねる。

MBCT は、慢性・再発性うつ病に対する治療技法として、MBSR の技法と認知療法の技法を組み合わせで開発されたプログラムである。現在は、うつ病以外の病態にも広く適用されている。毎週1回2時間を8週にわたって行い、プログラム以外の時間に毎回30～45分程度のホームワークを行う。1グループの参加者は最大12名である。プログラムではMBSR で用いられるスキルのほか、認知理論に基づいた心理教育などを行う。

2) マインドフルネスのエビデンス

がん領域におけるマインドフルネスの研究報告は大幅に増加しており、不安、抑うつ、ウェル・ビーイング、がん再発不安、睡眠障害、倦怠感、痛み、がん治療に伴う認知機能障害に対する改善効果などが報告されている²⁾。統合腫瘍学会のガイドライン（米国臨床腫瘍学会も承認）は、マインドフルネスを含む瞑想療法を、乳がんの治療中および治療後の不安、ストレス、抑うつ・気分障害、QOL 改善に対してエビデンスレベル A で推奨している³⁾。欧州臨床腫瘍学会のガイドラインでもマインドフルネスを有効な精神療法の一つとして推奨している⁴⁾。

介入の対象が広がるにつれて、ターゲットとする対象の特色を踏まえて若干の修正が加えられたプログラムが開発されてきている。例えば、がん患者を対象にしたプログラムでは、患者の身体的負担を考慮して1回のセッションを1.5時間に短縮したり、がん患者によくある問題や懸念をプログラム内で扱ったりするなどの改編がある。筆者らも日本の乳がん患者向けに、原法を若干省略化したプログラムを開発し、効果実証を行った⁵⁾。近年はオンラインのプログラムも多い⁶⁾。

3) 実装上の課題

マインドフルネスは、①集団療法である、②非医療者が提供できる（注：マインドフルネスは規定の研修を修了することで医療者でなくても認定セラピストになることができる。そのため、国際的にはマインドフルネスは医学的治療ではなく、代替療法の一つに位置づけられている）、の理由から、低コストの治療法に位置づけられている。わが国ではマインドフルネスは診療報酬に収載されておらず、各施設が臨床研究、患者サービス、自費診療などそれぞれの立場で実施しているため、現時点では費用に関する情報は不明である。

（藤澤大介）

文献

- 1) 佐渡充洋, 藤澤大介. マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 日本医事新報社, 東京, 2018
- 2) Chayadi E, Baes N, Kiroopoulos L. The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2022; 17: e0269519
- 3) Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA Cancer J Clin 2017; 67: 194-232
- 4) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open 2023; 8: 101155
- 5) Park S, Sato Y, Takita Y, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2020; 60: 381-9
- 6) Fan M, Wang Y, Zheng L, et al. Effectiveness of online mindfulness-based interventions for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Jpn J Clin Oncol 2023; 53: 1068-76

9 がん患者における集団精神療法

1) はじめに

がん患者の集団精神療法は、サイコオンコロジー領域で1990年前後から関心を集めてきた。患者は同じ境遇の他患者と共感し合い学び合うことで、ネガティブな情緒状態を改善し、新しい対処様式を身につけていくものである。

2) 初期の集団精神療法

まず、スピーゲル (Spiegel, D.) ら¹⁾は、遠隔転移を起こした乳がん患者を数名ずつのグループに分けて、毎週1回ずつ支持的・表現的な集団精神療法を行った。このような集団精神療法に1年間参加した患者群は、平均生存期間が約2倍に延長していたという。その後、追試・再試が行われた結果、現在は「がん患者への集団精神療法には、生存期間を延長する効果はないものの、QOLを高める効果はある」と認識されている²⁾。

一方、ファウジー (Fawzy, F.) ら³⁾は悪性黒色腫患者を対象にして、数名ずつ6セッションの心理社会教育・認知行動療法からなる「構造化された集団介入」を施行したところ、介入直後・6カ月後には情緒状態が改善し、6年後には再発率と死亡率で有意に効果があることを報告した。わが国でも、このモデルが、乳がん患者の情緒状態の改善に有効であることが確かめられた⁴⁾。筆者⁵⁾は、5セッションからなるプログラムを作り、情緒状態を改善する効果とアルゴリズムを示した。

3) その後の集団精神療法

初期の集団精神療法では、心理社会教育・支持的・精神療法・リラクゼーション法・認知行動療法などが主要な要素であった。しかし、その後カバット・ジン (Kabat-Zinn, J.) が提唱したマインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR) が単独あるいは認知行動療法にも取り入れられ、第三世代認知行動療法といわれるようになった⁶⁾。

このうち、

- ・マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR)
- ・マインドフルネス認知療法 (MBCT)

・アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

などの効果が、1990年代後半から、がん患者の集団精神療法として検討されてきた。

例えば、最近の研究によって、乳がん患者が8セッションのMBSRを受けると、抑うつをはじめとした情緒状態やコーピング様式の改善に加えて、免疫機能も増強されることが報告された⁷⁾。

このMBSRと、認知行動療法を組み合わせた「マインドフルネス認知療法(MBCT)」が、1991年にシーガル(Segal, Z.J.)ら⁸⁾によって開発された。この8セッションで構成されているMBCTは、日本人の乳がん患者でも有効であることが確かめられている⁹⁾。

「アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)」は1982年にヘイズ(Hayes, S.)によって開発され、1980年代末になってから現在のACTの形になってきた。ACTの目的は、ネガティブな感情を取り除くことを目的とはせず、むしろ今この瞬間に留まりながら、価値づけられた行動に進むことを目標にしている。ACTは数回のセッションで行われる個人療法が多いが、がん患者を対象にした集団精神療法も行われ、アーチ(Arch, J.J.)ら¹⁰⁾は7セッションの集団ACT療法によって、がんの再発への不安が減じることを報告している。

一方、このような流れとは別に、ブライトバート(Breitbart, W.S.)¹¹⁾は、がん患者個人および集団を対象に、実存療法を基本として人生の意味・生きる意味に焦点を当てた「ミーニング・センタード・サイコセラピー(meaning-centered psychotherapy)」を開発した。彼らは、進行がんの患者を対象にして8セッションの集団精神療法を施行したところ、支持的集団精神療法を受けた群よりも、抑うつなどの改善に加えて、スピリチュアルなウェルビーイング(spiritual well-being)の改善がみられることを示した¹²⁾。

さらに最近になってからは、COVID-19の全世界的な流行に対処するために、遠隔医療が推進され、がん患者の集団精神療法にも応用されつつある。キナー(Kinner, E.M.)ら¹³⁾は、これまでの認知行動療法・マインドフルネス瞑想・ACTなどを参考にして作成した、10セッションの「インターネットを用いた遠隔集団精神療法」の有効性を検証した。卵巣がん患者を対象にした準備研究において、QOLが向上することを報告している。

4) おわりに

支持的・表現的精神療法や心理社会教育・認知行動療法が中心だった時代から、マインドフルネス瞑想が含まれた第三世代認知行動療法を経て、生きる意味に焦点を当てた集団精神療法についての効果が確認されてきた経緯を示した。そして直近では、予測できなかったCOVID-19の蔓延に対しての遠隔集団精神療法が検討され始めていることを紹介した。

しかし、どのような形態になったとしても、集団精神療法の効果は、同じがん患者であることから互いに共感し学び合い、互いのソーシャルサポートになるという点が基本にあることは忘れてはならない。

(保坂 隆)

文献

- 1) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668): 888-91
- 2) Gottlieb BH, Wachala ED. Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*

- 2007; 16: 379-400
- 3) Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-9
 - 4) Fukui S, Kugaya A, Okamura H, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1026-36
 - 5) Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, et al. Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 145-51
 - 6) Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta Trade Paperbacks, 1991 (春木豊 訳. マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都, 2007)
 - 7) Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, et al. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med* 2017; 6: 1108-22
 - 8) Segal ZJ, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press, New York, 2002 (越川房子 監訳. マインドフルネス認知療法 (原著初版). 北大路書房, 京都, 2007)
 - 9) Park S, Sado M, Fujisawa D, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients-a feasibility study. *Jpn J Clin Oncol* 2018; 48: 68-74
 - 10) Arch JJ, Mitchell JL. An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psychooncology* 2016; 25: 610-5
 - 11) Breitbart WS, Poppito SR. *Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual*. Oxford University Press, New York, 2014 (大西秀樹 監訳, 石田真弓, 藤澤大介 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための集団精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017)
 - 12) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: 749-54
 - 13) Kinner EM, Armer JS, McGregor BA, et al. Internet-based group intervention for ovarian cancer survivors: feasibility and preliminary results. *JMIR Cancer* 2018; 4: e1

10 ディグニティセラピー

1) ディグニティセラピー (dignity therapy) とは

ディグニティ「dignity」とは日本語で「尊厳」を意味した言葉である。ディグニティセラピーは、カナダの精神腫瘍医であるチョチノフ (Chochinov, H.M.) によって開発された終末期患者の経験する実存的、精神心理的苦痛を改善するための簡便な介入技法であり^{1,2)}、終末期患者の尊厳に関する質的研究によって確立された実証的尊厳モデルが基盤となっている^{3,4)}(表6)³⁾。実証的尊厳モデルとは、「病と関連する心配」「尊厳を守る技術」「社会的尊厳一覧」という3つのカテゴリーから終末期患者の尊厳が構成されている、とする理論である。ディグニティセラピーは終末期の患者における尊厳を守るケアとして、このモデル(表6)における「生成継承性/遺産」というテーマに焦点が当てられ開発された精神療法の技法である。

ディグニティセラピーは、患者が生きるうえでの目的、意味、価値観をこれまでの人生を振り返りながらセラピストと話し合い、遺されゆく人たちへ患者の考えを「生成継承性文書」として、セラピストと協働しながらまとめあげる。そのプロセスで、患者は自身の考えや思いが今後も受け継がれる価値あるものとして明確に経験することができると考えられている。

2) ディグニティセラピーの実施

ディグニティセラピーの対象となりうる人は、①生命を脅かすか生命予後を限定する状況に直面していること、②参加に関心があり、動機づけがあること、③治療者と同じ言語で話

表6 実証的尊厳モデル

病と関連する心配	尊厳を守る技術	社会的尊厳一覧
自立レベル 認知活動 機能的活動 症状による苦痛 身体的苦痛 心理的苦痛 ・医学的不確かさ ・死の恐怖	尊厳を守る視点 ・自己の存続 ・役割の保持 ・生成継承性/遺産 ・誇りの維持 ・希望の維持 ・自律性/コントロール ・受容 ・レジリエンス/ファイ ティングスピリット 尊厳を守る実践 ・今を生きる ・日常性の維持 ・霊的安らぎを求める	プライバシーの境界 ソーシャルサポート ケアの基調 他者の重荷になること 死後の不安

[Chochinov HM, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med 2002; 54: 433-43³⁾より引用改変]

1. あなたがこれまでの人生において、特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることについて少しお話ししていただけますか？ あなたが最も生き生きしていたと感じるのはいつ頃ですか？
2. あなた自身について、特に家族に知っておいてもらいたいことや覚えておいてもらいたいことはありますか？
3. あなたがこれまでの人生で果たしてきた役割の中で、最も大切だと考えていることはどのようなことでしょうか？（例えば、家族、職業、地域活動など）。どうしてそれらはあなたにとって大切なのですか？そして、あなたはそれらの役割を達成したと思いますか？
4. あなたにとって最も重要な達成は何でしょうか？ また、最も誇りに感じていることはどのようなことでしょうか？
5. あなたの愛する人に、特に話しておきたいと感じること、もう一度話しておきたいことはありますか？
6. あなたの愛する人々に対する夢や希望はどのようなことでしょうか？
7. あなたが人生から学んだことで他の人々にも伝えておきたいことはどのようなことですか？（息子、娘、夫/妻、両親などに）残しておきたいアドバイスや導きの言葉はどのようなことですか？
8. 将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉や助言などがありますか？
9. この永久記録を作成するにあたり、その他に付け足しておきたいことはありますか？

図4 デイグニティセラピーの質問項目

[Chochinov, HM. Dignity Therapy: Final words for final days. Oxford University Press, 2012（小森康永、奥野光記。デイグニティセラピー 最後の言葉、最後の日々。北大路書房、京都、2013）⁵⁾より引用]

せること、とされている。除外基準として、①セラピー開始時に2週間以上の予後が見込めないこと、②せん妄などの認知機能障害があること、とされている⁵⁾。

実施方法としては、まずセラピストが定式化された質問プロトコルに基づき（図4）、半構造化面接を行い、「患者が最も誇りに思っていること」「最も意味があったと感じること」な

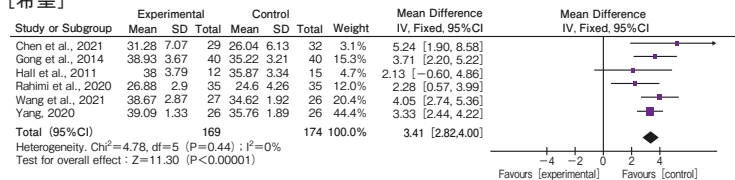
どについて患者に話す機会をもつ^{1,4)}。面接内容は録音および逐語化され、数日以内のうちにセラピストにより「生成継承性文書」としての編集が行われる。その後、セラピストが編集された文書を患者に読み上げ確認を行い、必要な修正を加えたものを最終版として患者に手渡す。また、終末期の身体状態を考慮し、実際の介入はインタビュー1回と共同作業による文書の最終的な編集1回の計2回と極めて簡便に実施できる。

3) ディグニティセラピーの有効性

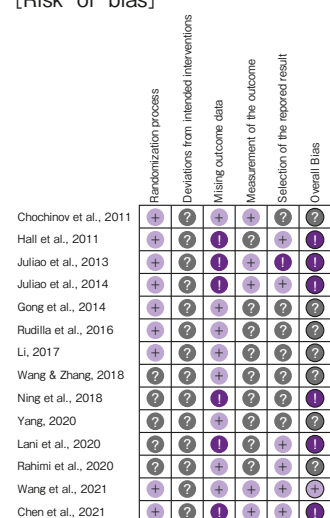
ディグニティセラピーの気持ちのつらさに関する効果について、メタアナリシスが行われている⁶⁾。Zhang らは2011～2021年にかけて発表された14件のランダム化比較試験を調査し、不安や抑うつに有意な改善効果を報告している(図5)⁶⁾。しかしながら、得られた結果からは、文化的な背景に偏りがあり、さまざまな文化的背景に応じたディグニティセラピーの追加検証が求められると言及している。

わが国においては、これまでディグニティセラピーの臨床試験が行われている。2012年にAkechi ら⁷⁾がセラピーの実施可能性を検証するため、緩和ケア/ホスピス病棟に入院中の患者を対象として調査を行った。セラピーに参加した患者の半数以上が尊厳の向上に役立つと回答した一方で、約9割の患者に研究参加への拒否がみられたことを報告している。本セラピーは意識的、無意識的に死に直面することとなるため、わが国での実施については慎重に行う必要があるのではないかと考えられる結果であった。

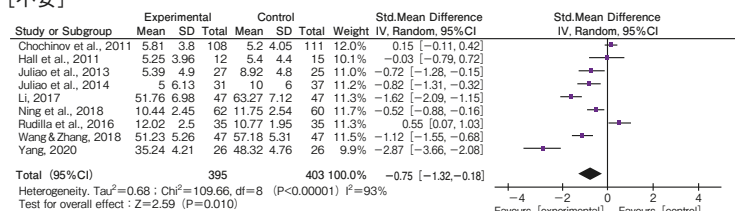
[希望]



[Risk of bias]



[不安]



[抑うつ]

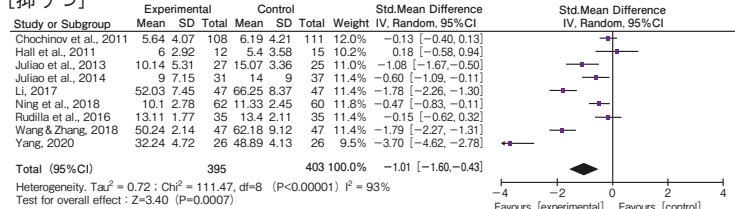


図5 ディグニティセラピーの有効性に関するメタアナリシス

[Zhang Y, et al. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud 2022; 132: 104273⁶⁾より引用改変]

4) おわりに

治癒が望めない進行・終末期がん患者は、病状の進行に伴い、さまざまな身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人たちとの別れ、やり残した仕事など多くの課題に対処していかなければならない。ディグニティセラピーは「生成継承性/遺産」といったテーマに焦点を当てた介入技法であり、こうした課題に直面している終末期患者の一助になりうる事が期待されている。適応症例を慎重に選択していく必要がある介入ではあるが、遺されゆく人たちに自ら語り、何かを残したいと希望する一部の患者には有益な介入となる可能性があると考えられる。

(伊藤嘉規)

■ 文 献

- 1) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520-5
- 2) Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753-62
- 3) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54: 433-43
- 4) Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253-60
- 5) Chochinov, HM. Dignity Therapy: Final words for final days. Oxford University Press, 2012(小森康永, 奥野光訳. ディグニティセラピー 最後の言葉, 最後の日々. p55-60, 北大路書房, 京都, 2013)
- 6) Zhang Y, Li J, Hu X. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2022; 132: 104273
- 7) Akechi T, Akazawa T, Komori Y, et al. Dignity therapy: preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 2012; 26: 768-9

11 回想法・ライフレビュー

1) 回想法・ライフレビューの概要

回想法とは、Butler¹⁾がライフレビューとともに提示した心理的援助法であり、語り手が聴き手に対して自分の生きてきた過去を想起して語ることでさまざまな効果を導くものである。回想法は、もともとはレミニッセンス (reminiscence) とライフレビュー (life review) の訳語である。研究が重ねられるなかでそれぞれの概念が考察され²⁾、研究や施行者によっては回想法とライフレビューとを明確に区別している場合がある。この場合、ライフレビューとは、回想のなかでも何らかのゴールに向けて記憶を編集し、一定の調和のとれた総合体へと組み直していくことに重きがおかれているものをいう³⁾。しかし、実際の臨床場面では両者は重複・交叉する⁴⁾。

いずれも回想を用いた介入法 (reminiscence intervention)²⁾であり、形態としては個人とグループの2つがある。手順は質問内容の自由度が高い (構造化されていない) ものから質問内容が明確に定められている (高度に構造化されている) ものまで存在する。また目的も幅広く、アクティビティや世代間交流、地域活動としての回想法から心理的苦痛に対する精神療法としての回想法まで含まれる。それにより施行者も異なり、前者は看護師、ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士などの幅広い職種によって展開されており、後者は専門的な

トレーニングを受けた医師や心理士によって施行される。精神療法としての回想法は、ある心理的課題や問題をもつ者に対し、その課題や問題の解決をはかることを目的に、一定の評価・方針のもとに治療契約を結び実施するものとされている⁵⁾。

2) 回想法・ライフレビューのエビデンス

回想法・ライフレビューの効果はさまざまな研究で示されている。65歳以上の高齢者のうつ病について、Jonsson ら⁶⁾は回想法・ライフレビューが抑うつ症状に対して効果をもたらすことを示している。さらに、日本うつ病学会の高齢者のうつ病治療ガイドライン⁷⁾においても、高齢者への有用な精神療法として回想法・ライフレビューが推奨されている。また、ライフレビューは終末期患者のQOLを改善することが示されている⁸⁾。一方、認知症患者に対する回想法・ライフレビューの効果については、一貫したものが得られていない。しかし、認知機能、抑うつ気分、QOL、コミュニケーションの改善に小さいながらも影響することが示唆されており、さらなる研究が必要と考えられている^{9,10)}。

がん患者に対する研究について、Sun ら¹¹⁾は中国語と英語の文献でシステマティックレビューとメタアナリシスを行い、回想法・ライフレビューががんに関連する症状（不安、抑うつ）のマネージメントに効果があること、またQOLや希望、自尊心を改善させることを示した。Wang ら¹²⁾は進行期と終末期のがん患者に対するライフレビューを含む介入について、spiritual well-being（人生の意味の領域）、精神的苦痛（不安と抑うつ）、QOLに対して有益である可能性を示唆したが、いずれも異質性が高かった。同時に、日本や中国における研究で効果が高いことから、社会文化的な文脈の影響をさらに検討する必要があるとした。その他には、化学療法中のがん患者において電話による回想法によって抑うつ症状の低減が認められている¹³⁾。

わが国においては、根治不能、終末期のがん患者に対するライフレビューで、QOL、抑うつ症状、自尊心、スピリチュアリティに対する効果が報告されている¹⁴⁻¹⁷⁾。さらに、Ando ら¹⁸⁾は終末期がん患者がプログラムを完遂できるよう、ライフレビューとディグニティセラピーを統合した短期回想法を開発した。その後、ランダム化比較試験を行い、短期回想法が終末期がん患者のspiritual well-being、不安と抑うつ、QOL（望ましい死）を改善させることを示した¹⁹⁾。

3) 構造的ライフレビュー³⁾

代表的なライフレビューに構造的ライフレビューがある²⁰⁾。これは、Erickson²¹⁾の発達段階のモデルをライフレビューに応用したものである。聴き手は語り手と信頼関係に基づいた1対1の交流を行い、個性や安全性を保障する。そして、聴き手は各発達段階に応じた質問（ライフレビューフォーム：表7）を用いて、語り手が乳児期から現在まで、人生のすべての段階を振り返ることができるようガイドする。その過程で、語り手は自己を開示し、人生の自己評価を行う。

スケジュールの基本は、各段階に対応した約1時間のセッションを週に1回、計8回行うものである。構造的ライフレビューのゴールは、語り手が人生を統合することであり、ここでの統合とはその人が生きてきたままに人生を受け止めることを意味する。これはErickson

表7 ライフレビューフォーム

訪問回	発達段階	質問項目の例
第2回	幼児期	・あなたの人生において1番最初に思い出すことができるものは何ですか？ できるだけ昔にさかのぼってみてください。 ・家族の雰囲気はどうでしたか？
第3回	青年前期	・学業はよくできましたか？ 努力した方ですか？ それはなぜですか？/なぜしなかったのですか？ ・はじめて他の人に惹かれた時のことを覚えていますか？
第4回	成人初期	・一人前の大人として人生の中で当然するべきことはできましたか？ ・自分の決断に満足していましたか？
第5回	中年期	・生涯を通じて、心に浮かぶ1番重要な交友関係は誰との関係ですか？ ・お子さんについて聞かせてください。親になって良かったなと思いますか？
第7回	統合	・もし人生のある時期をずっと続けて過ごせるとしたら、何歳頃を選びますか？ それはなぜですか？ ・現在あなたにとって最も大切なものとは何ですか？

[Haight BK, Haight BS 著、野村豊子 監訳、ライフレビュー入門、ミネルヴァ書房、2016³⁾ より一部を引用]

の発達段階の最も達成した段階となる。そのために、聴き手は「そのことであなたはどのように思われましたか？」また「そのことはあなたにとってどのような意味がありましたか？」などと、適応に焦点を当てた質問を行う。こうして、語り手は人生の困難な出来事や葛藤に改めて向き合い、それらを捉え直していく。そして、折り合いをつけたり、受け入れようとすることで再統合することができるとされる。また、未解決の課題がない場合であっても振り返って人生を整理することが心理的ケアとなる。

構造的ライフレビューは、死が避けられないものとして認識される終末期患者、大きな目標を達成できなかった人や大切な人の死などの悲嘆をかかえている人、認知症患者とその介護者に応用が可能である。したがって、年齢や病期に関係なくがん患者やその家族に適用できる。その際には、患者の身体的・心理的状況に応じて、短い時間で訪問回数を増やすなどのスケジュールの調整が推奨される。

わが国において終末期がん患者に対して構造的ライフレビューを行った結果、スピリチュアリティ、抑うつ症状、自尊心を改善し、人生の意味を認識することに有効であったと報告されており、がん患者に対するスピリチュアルケアとして有用であると考えられる^{16,17,22)}。

4) 回想法・ライフレビューを行う際の注意点

回想法、特にライフレビューにおいては、拒否的な語り手、否定的な記憶に苛まれる語り手、語り手の感情の過度な高まりなどに対応する必要がある。したがって、実施するには精神療法の技術が必要であり、スーパービジョンを受けることも推奨されている^{3,23)}。

(茅野綾子)

文 献

- Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963; 26: 65-76
- Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging* 2010; 32: 527-64
- Haight BK, Haight BS. The Handbook of Structured Life Review. Health Professions Press, 2007 (用語の使い方, ライフレビュー入門 (野村豊子 監訳). pp vi-vii, ミネルヴァ書房, 京都, 2016)
- 野村豊子. 総説 回想法とライフレビュー—時・人・地域をつなぎ, 今に生かす. p2-40, 中央法規出版, 東京, 1998
- 黒川由紀子. 高齢者の心理療法. 老年臨床心理学—老いの心に寄りそう技術 (黒川由紀子, 斎藤正彦, 松田修 著). pp99-144, 有斐閣, 東京, 2005
- Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One* 2016; 11: e0160859
- 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン検討委員会 編. うつ病学会治療ガイドライン—高齢者のうつ病治療ガイドライン—. 2023 https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/guideline_20231018.pdf (2024年7月13日閲覧)
- Huang MH, Wang RH, Wang HH. Effect of life review on quality of life in terminal patients: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Res* 2020; 28: e83
- Huang HC, Chen YT, Chen PY, et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 1087-94
- Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 3: CD001120
- Sun J, Jiang J, Wang Y, et al. The efficacy of reminiscence therapy in cancer-related symptom management: a systematic review and meta-analysis. *Integr Cancer Ther* 2023; 22: 15347354221147499
- Wang CW, Chow AY, Chan CL. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliat Med* 2017; 31: 883-94
- Dong X, Sun G, Zhan J, et al. Telephone-based reminiscence therapy for colorectal cancer patients undergoing postoperative chemotherapy complicated with depression: a three-arm randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2761-9
- 田村恵子, 小島操子. 末期がん患者の人生や存在の意味づけへの援助の開発—ライフ・レビュー・インタビューを取り入れて. *日看科会誌* 1997; 17: 242-3
- 安藤満代. 末期がん患者に対するライフレビュー・インタビューの試み. *カウンセリング研* 2004; 37: 221-31
- Ando M, Tsuda A, Moorey S. Preliminary study of reminiscence therapy on depression and self-esteem in cancer patients. *Psychol Rep* 2006; 98: 339-46
- Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2007; 15: 225-31
- Ando M, Morita T, Okamoto T, et al. One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17: 885-90
- Ando M, Morita T, Akechi T, et al. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 993-1002
- Haight BK. The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *J Gerontol* 1988; 43: 40-4
- Erickson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1950 (仁科弥生 訳. 幼児期と社会 I. みすず書房, 東京, 1997)
- 安藤満代. がん患者の回想法におけるテーマとプログラムの検討. *がん看護* 2005; 10: 535-40
- Burnside I, Haight B. Reminiscence and life review: therapeutic interventions for older people. *Nurse Pract* 1994; 19: 55-61

12 CALM

1) Managing cancer and living meaningfully (CALM) とは

進行がんの患者は病気の負担と迫りくる死により, 相当な苦痛を経験する。患者は病気に関連した甚大かつ多様なストレスに対して, 精神的安寧を得るため, 必然的に心理的な課題に直面する。特に取り組むべき重要な課題として, ①身体的苦痛と障害に向き合う, ②差し迫る死への脅威に向き合う, ③支援を受け入れ人間関係の劇的な移り変わりに適応する, ④複雑なヘルスケアシステムのなかで生と死を含む治療決定を下す, の4つが含まれている¹⁾。

Managing cancer and living meaningfully (CALM) は、進行がんの患者の抑うつと終末期の苦痛を取り扱い、緩和することを目的とするマニュアル化された新しい簡易精神療法的な介入である²⁾。CALM では、病気とその結果引き起こされた思考や感情について、患者が熟考して対処できるように、治療者が支援を提供する。終末期がん患者であっても心理社会的苦痛を和らげ、精神的成長と変化を促進することの達成が可能であることも知られている³⁾が、CALM も苦痛の緩和と成長の促進の両方を目指している。

2) CALM の実施

CALM は半構造的でマニュアル化された個別的な精神療法であり、進行がん患者とその家族を介入対象として作成された。進行がんや終末期がん患者用にすでにマニュアル化されている、支持的表出的精神療法、認知実存的精神療法、Meaning-centered Psychotherapy なども参考にして、経験的データ、臨床的所見、関係理論・愛着理論・実存理論の理論的基礎に基づいて開発されている¹⁾。また、介入技法の中心としておいているのはメンタライゼーションであり、患者の葛藤を治療者が理解しつつ、その内容を明確化して理解を深め、患者の葛藤の変容を目指していく。

CALM の構造としては、計 3～6 回の個別セッションからなる。それぞれは約 45～60 分の長さであり、3～6 カ月にわたって施行される。セッション数や受診期間は患者のニーズに基づいて柔軟に変更を行い、臨床的に必要性が示唆されれば追加のセッションも提供される。

CALM のセッションのなかでは、以下の 4 つのモジュールを設定している。

- ①症状の管理と医療提供者とのコミュニケーション
- ②自身の変化および親しい人々との関係性の変化
- ③病気や人生の意義と人生の目的
- ④今後の未来と死

すべてのモジュールについてそれぞれ治療者と患者が共同して取り組むが、患者一人ひとりに最も関係する懸念事項に基づいて順序づけ、各領域への時間配分もさまざまとなる。患者の家族（配偶者、成人した息子・娘、家族メンバーなど）や重要な友人などについて、治療者によって必要であると判断されれば、1 回以上セッションに参加することが勧められる⁴⁾。

なお、CALM は精神医学、心理学、医学などを含めた幅広い分野の知識が必要であり、わが国では訓練された医師や心理士によって施行されているが、開発国であるカナダにおいては看護師、ソーシャルワーカーなど幅広い職種の医療者が実践している。

3) CALM の有効性

CALM はカナダの Princess Margaret Cancer Center で開発され、現在カナダ、ドイツ、イタリア、中国などで実施されており、わが国でも東京大学心療内科、がん研有明病院腫瘍精神科、山口大学精神科のグループが臨床実験と研究開発に取り組んでいる⁵⁾。過去 10 年にわたる研究により、CALM が進行がんや転移がんの患者に対し、実践可能で、忍容性の高い効果的な治療法であることが示されてきた。最近完遂したランダム化比較試験では、CALM 対通常ケア（usual care：TAU）で有効性を比較検証し、CALM 介入群の方が介入 3 カ月後と 6 カ

月の時点で重度の抑うつ症状をかかえる者が少ないと報告された⁶⁾。

4) おわりに

CALM 療法は、日常診療にも導入できる柔軟な構造を有していることが特徴である。治療者の基礎的な技量は必要であるが、進行がん罹患し、死を意識した苦悩を有する患者と向き合うために、さまざまな視点を提供してくれる貴重な方法論であると考ええる。

(清水 研)

■ 文 献

- 1) Rodin G. Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In Chochinov H, Breitbart W, eds. Handbook of psychiatry in palliative medicine. pp443-53, Oxford University Press, London, 2009
- 2) Hales S, Lo C, Rodin G. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) Treatment Manual: An Individual Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer. Toronto, Ontario, Canada, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, 2015
- 3) Block SD. Perspectives on care at the close of life. Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. JAMA 2001; 285: 2898-905
- 4) Gary Rodin, Hales S. Managing Cancer and Living Meaningfully: An Evidence-Based Intervention for Cancer Patients and Their Caregivers. Oxford University Press, 2021
- 5) Miyamoto S, Yamazaki T, Shimizu K, et al. Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial. BMJ Open 2022; 12: e056136
- 6) Rodin G, Lo C, Rydall A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM) : a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2018; 36: 2422-32

13 Meaning-centered Psychotherapy

1) 実存の危機と、人生の意味

進行がん患者の経験する絶望や落胆、いっそ早く死んでしまいたいと思うような気持ちは、いわば実存の危機であり、うつ病とは異なり、有効な薬物療法や精神療法はないと考えられていた。しかし、ニューヨークのメモリアル・スローン・ケタリング・がんセンター (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) のブライトバート (Breitbart, W.) 博士らは、死に直面している進行がん患者の実存的なケアにおいて、人生の意味が重要な役割をもつことを見出し、Meaning-centered Psychotherapy (人生の意味に焦点を当てた精神療法：以下 MCP) を開発した¹⁾。

MCP はヴィクトール・フランクル (Viktor Frankl) によるロゴセラピー (logotherapy) や「苦難のさなかにあっても、人は“人生の意味”をもてる」という考え方に強く依拠しており、人生の意味を探り、つながり、創造しようとする治療法である。

生命に関わる病気を患い、その人生が長くは続かないかもしれないという診断を受けることは、苦しみや絶望になりうるのと同時に、自身の成長や人生に意味を見出す好機でもある。その時に、人生の意味や目的を失ったと感じるか、人生の意味や目的を見つめ直し、より深めるかどうかはその人に委ねられており、後者であれば残された人生により大きな意義を見つけることができるのだろう。

2) MCP の目標

MCP は予後が限られた進行がん患者（予後 6 カ月～1 年を想定）を対象とし、講義と演習から構成されている。

MCP 治療目標は次の通りである。

1. 進行がんで生命予後が限られていても、人生の意味の創造と経験の可能性があると認め、肯定する。
2. がんという病気のなかでも、人生の意味の感覚を発見・再発見し、それを維持し、さらには強化することを支援する。
3. 人生の意味の源をより深く理解できるよう促し、がんと診断された後でも人生の意味を失わないように支援する。
4. (1) 集団精神療法
人生の困難な時期に同じような課題に直面したがん患者に対し、支持的な環境を作る。
- (2) 個人精神療法
患者が、病気に対する個人的な問題や感情を一つひとつ探求できるような治療関係を育む。

3) MCP の概要

MCP の最終目標は、人生の意味と目的の感覚を強化することを通して、患者のコーピングを適正化し、残された時間をその長短にかかわらず、できるだけ有意義に過ごせるようにすることである。ただし、MCP は教育的な介入でもあり、患者はセラピストが提供する知恵をただ受動的に受け取るのではなく、人生の意味の発見に積極的に関わることが求められる。つまり、MCP のセッションを有効活用できるかどうかは患者自身の責任であり、セラピストはそのことを意識しておく必要がある。

セッションのなかでは以下の 1～3 を組み合わせつつ、患者が人生の意味の源を得る可能性を広げていく。

1. 患者とのやりとりのなかで、人という存在における人生の意味の重要性、人生の意味をつむぐことこそが、人が人であることの特徴であることを示す。
2. 患者自身の経験を通した演習とホームワークによって、1. の学びを深め、人生の意味の重要性を日々の生活のなかに活かせるよう支援する。
3. セラピストからの解釈的なコメントも含まれるオープンエンドな話し合いによって、患者の情緒表出を促し、人生の意味に焦点を当てたコーピングがとれるよう支援する。

4) MCP の実際

MCP は 8 週間にわたり 1 時間半のセッションを行う集団精神療法と、7 週間にわたり 1 時間のセッションを行う個人精神療法の 2 つの形態が開発されている。

各セッションで人生の意味と、進行がんであることを組み合わせたテーマを取り扱い、死という究極的な限界に直面しても人生の意味を見出すことができるように構成されている（表 8）²⁻⁵⁾。こうした教育的な介入は、各セッションの導入部分で行われ、抽象的な概念か

表8 集団精神療法（MCGP）と個人精神療法（IMCP）

セッション	集団精神療法（MCGP）	個人精神療法（IMCP）
1	“人生の意味”の概念とその源 セッションの目標： 患者自身のがんの物語を踏まえて、人生の意味を定義し、理論を学ぶ。	“人生の意味”の概念とその源 セッションの目標： 患者自身のがんの物語を踏まえて、人生の意味を定義し、理論を学ぶ。
2	がんと“人生の意味” セッションの目標： 自身のアイデンティティが何であり、そこにがんがどのような影響を与えたかを理解する。	がんと“人生の意味” セッションの目標： 自身のアイデンティティが何であり、そこにがんがどのような影響を与えたかを理解する。
3	人生の意味の源としての歴史 ——受け継がれてきた“レガシーとしての人生” セッションの目標： 歴史的文脈でのレガシーの概念（人生をかたちづけてきた意味深い関係性や記憶など）を理解する。	人生の意味の源としての歴史 ——生けるレガシーとしての人生 セッションの目標： 過去から受け継がれたレガシー・現在生きていることから生じるレガシー・未来に伝えていくレガシーを理解する。
4	人生の意味の源としての歴史 ——現在そして未来に託す“レガシーとしての人生” セッションの目標： 現在担っている役割とその成果、あるいは未来に伝えたい人生の教訓や知恵を通して、現在そして未来に託す“レガシー”について理解する。	人生の意味の源としての態度 ——人生の限界に遭遇すること セッションの目標： 私たちは人生の与えるさまざまな境遇に対し、どう向き合うか、どのような態度をとるか選ぶ自由をもっていることを理解する。
5	人生の意味の源としての態度 ——人生の限界に遭遇すること セッションの目標： 私たちは人生の与えるさまざまな境遇に対し、どう向き合うか、どのような態度をとるか選ぶ自由を持っていることを理解する。	人生の意味の源としての創造 ——人生に積極的に関わること セッションの目標： 人生で勇気を出したこと、意味のある関わりをもったこと、自身の有する責任について理解する。
6	人生の意味の源としての創造 ——人生に積極的に関わること セッションの目標： 人生で勇気を出したこと、意味のある関わりを持ったこと、自身の有する責任について理解する。	人生の意味の源としての体験 ——人生とつながる セッションの目標： 生き生きと生きていると感じた体験を共話し合い、愛、美、ユーモアを通して人生とつながる重要性を理解する。
7	人生の意味の源としての体験 ——人生とつながる セッションの目標： 生き生きと生きていると感じた体験を共有し、愛、美、ユーモアを通して人生とつながる重要性を理解する。	終結 ——最後のふりかえりと未来への希望 セッションの目標： がんの経験や人生の話を誰かと共有する体験についてたずねる。レガシープロジェクトを共有し、未来への希望について語る。 ※患者はMCPの終結だけでなく、自身の人生の終結にも面していることに配慮する。

(つづく)

表8 つづき

セッション	集団精神療法 (MCGP)	個人精神療法 (IMCP)
8	終結 ——最後のふりかえりと未来への希望 セッションの目標： 自らのがん、死と向き合ったMCPへの考えや気持ちを共有する。レガシープロジェクトを共有し、これからの希望を伝え合う。 ※患者はMCPの終結だけでなく、自身の人生の終結にも面していることに配慮する。	

[文献2～5を参考に作成]

ら、患者個人の情動的な体験をつなぐようにデザインされたディスカッションを行うことで、患者はそれぞれ演習の内容を共有し、セラピストや他患者らによってその意味を強化される。

MCPの具体的な手順については、各マニュアルを参考にされたい。

実際の患者による、“人生の意味”について以下に紹介する。

- ・私は仕事をしています。職場のことを考えると、私の後にも同じように病気をもちながら働く人が続くはず。その人たちのために、仕事ができる環境をつくることは私の大事な仕事、今すべきことなんだと思う。後に続く人のためになりたい。
病気には全部意味がある。私の経験は、次の誰かの役に立つ。私が生きていることには意味があるはず。私も誰かの人生の意味になるはず。いつまで生きられるかわからないけど、常にどう生きるかを考えています。(40代男性 悪性リンパ腫)
- ・私の元氣な姿を心にとどめてもらいたい。誰かの心に残ることも、私の生きる意味だと思う。(60代女性 悪性リンパ腫)
- ・生きていることって、奇跡だと思う。2年前、私のがんになったときに願った奇跡は「がんが消えること」だった。でも、再発してその奇跡が叶わないって、だんだんわかってきた。でもね、実は奇跡って毎日起きているの。私の奇跡は、今を生きていること、そのものなの。そのことに気づけた。一日一日生きていることで感激しちゃう。(60代女性 乳がん)

5) MCPの適応

MCPは当初、集団精神療法の形式で開発され、ランダム化比較試験を経て有用性が示された⁶⁾。その後、時間や場所の柔軟性がより高い個人精神療法としてのMCPが開発され、効果も同等であることが実証された⁷⁾。その後も、さまざまな集団に対してMCPを応用する研究が進められ、現在MCPは、進行がん患者だけでなく、緩和ケアに関連するさまざまな場面、対象に対し活用できる治療法として期待されている。

(石田真弓)

文献

- 1) Breitbart W, Applebaum A. Meaning-centered group psychotherapy. In Watson M, Kissane DW, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. pp137-48, Wiley, 2011
- 2) Breitbart WS, Poppito SR. Meaning-Centered Group Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. Oxford University Press, 2014
- 3) Breitbart WS, Poppito SR. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. Oxford University Press, 2014
- 4) 大西秀樹 監訳, 石田真弓, 藤澤大介 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のため
- 5) 大西秀樹 監訳, 藤澤大介, 石田真弓 訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための個人精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017
- 6) Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology 2010; 19: 21-8
- 7) Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012; 30: 1304-9

14 IoT を用いた精神療法

精神療法をあえて定義すれば「人と人との言語的あるいは非言語的な交流や関係を通して、さまざまな苦痛症状に介入する治療法」といったものになるのではないと思われる。そして一言で精神療法といっても、その目的や方法によって、実にさまざまな技法がある。本項では、そういった個々の精神療法についての紹介は他著に譲り、近年急速に発展した Information & Communication Technology (ICT) や、より幅広くは Internet of Things (IoT) を用いた精神療法の現状について紹介したい。ICT や IoT は昔から存在する電話といった通信手段から、現代社会で多くの人が身に着けるようになったスマートフォン（スマホ）やタブレット端末、ヴァーチャルリアリティやメタバースといったヴァーチャル空間を用いたものなど多くのものが存在し、あらゆるものの利活用が進んでいるが、新型コロナウイルスの蔓延でその実装が一気に加速した感がある。ここでは、なかでも臨床上の知見や臨床研究におけるエビデンスの蓄積が目覚ましいインターネットを用いたコンピュータやスマホによる精神療法を中心に紹介する。

1) 背景

ICT や IoT を用いるようになった背景を考えてみる。精神療法は、人同士の関係性を基盤としているため、原則、対面で治療が行われる。一般的に、短くても 1 回 30 分程度の時間を要し、施行回数も 10 回以上を必要とすることも多いことから、現代のわが国の医療において、その効率や費用対効果が大きな問題となってきた。実際、うつ病や不安障害に対する対面の認知行動療法が保険収載されたが、多くの施設で臨床実装が進まない背景には、これら専門治療を提供できるスキルを有した精神科医や看護師など、絶対的な医療側のリソース不足があることは否めない。このような状況は海外でも同様である。そういったなかで、コンピュータを用いてインターネット経由で実施する精神療法が考案され、またその効果がランダム化比較試験などの良質な臨床研究をもって示されたこともあり、わが国においては、まだ研究領域を中心に限定的ではあるものの、急速な進展をみている。

2) うつ病に対する認知行動療法

現在最も豊富なエビデンスの蓄積があるのは、うつ病に対するコンピュータを用いた認知行動療法であろう。認知行動療法は、さまざまな精神疾患に対して最も広く効果が示されている精神療法で、患者が疾患を正しく理解したうえで、自らの考え方や物事に対する受け止め方を踏まえて（認知）、ストレス状況に陥り減少してしまった好きな活動ややりがいのある活動を増加させ（行動）、構造化された方法で日常生活上の困難を解決する（問題解決）ことを通して、抑うつや不安を軽減する治療法である。

1990年代から、これを電話や電子メールを介して実施することの有効性がランダム化比較試験で報告され始め、現在では、コンピュータ上のプログラムやスマホのアプリケーションを通して実施することの有効性が数多く示されている。抑うつ症状に対するIoTを活用した認知行動療法をはじめとする精神療法のシステムティックレビューもすでにいくつか報告されている（例えば文献1）¹⁾。採用論文のバイアスリスクが中～高程度であったり、介入内容や評価指標や測定タイミングが異なっているなど課題もあるが、いずれも低～中程度の有効性が示されている。わが国でもうつ病に対するスマホ認知行動療法の有用性がランダム化比較試験で示されている²⁾。なおコンピュータを用いた場合は一般的に実施率が低いため、最近では携帯性に優れたスマホを用いた精神療法の開発が優勢である印象がある。

3) 再発恐怖に対する認知行動療法

抑うつの他にアンメットメディカルニーズの頻度の高い「がん患者の気持ちのつらさ」として再発恐怖がある³⁾。精神腫瘍科に紹介される患者の多くが「がんが再発や転移したらどうしよう」という“再発に対する恐怖”をかかえている。再発恐怖に対する標準治療は、現状存在しないが、臨床的にさまざまな治療やケアを試行錯誤し、予備試験の結果においてもスマホを用いた認知行動療法の一技法である問題解決療法や行動活性化療法が有効であることが示唆された⁴⁾。そこで有効性を検証する多施設ランダム化比較試験を行った結果、介入群では通常ケアの対照群と比較して8週間の治療後に有意に再発恐怖が軽減し、24週後にも維持されることが示された⁵⁾。同時に、患者の抑うつや心理的ニーズも改善し、これらに対する治療効果も24週まで継続していた。また、本試験では、患者が全く来院しなくても研究に参加できる完全な分散型臨床試験（decentralized clinical trial）という遠隔による基盤を開発し実施したこともあり、コロナ禍であっても400名以上の患者の参加を得て、研究を完遂し、成果を得た。今後、こういった基盤の活用により質の高い臨床試験の知見の蓄積が可能となることが期待される。

4) IoT を用いた精神療法の「共通要素」

本試験実施に伴い、精神療法の本質について探求する機会も得た。精神療法には、どの治療技法にも共通とされる、治療を提供する側の温かさや傾聴、共感、支持、保証、励ましといった共通要素（非特異的要素ともいう）が基盤にあり、それに加えて、さまざまなスキルを上乗せしたものが治療効果としてもたらされる。上述したIoTを用いた精神療法は、治療者が存在しないため、一定の質の治療を場所や時間を問わずに提供するにはよい方法になる。一方で、精神療法を「治療」たらしめる治療者がもつ「共通要素」をIoTで提供する

ことは、近未来では可能になるのかもしれない。しかし、残念ながら現時点では難しいと言わざるを得ない。

(明智龍男，藤森麻衣子)

■ 文 献

- 1) Fu Z, Burger H, Arjadi R, et al. Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 851-64
- 2) Mantani A, Kato T, Furukawa TA, et al. Smartphone cognitive behavioral therapy as an adjunct to pharmacotherapy for refractory depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2017; 19: e373
- 3) Akechi T, Okuyama T, Endo C, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011; 20: 497-505
- 4) Imai F, Momino K, Katsuki F, et al. Smartphone problem-solving therapy to reduce fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: an open single-arm pilot study. *Jpn J Clin Oncol* 2019; 49: 537-44
- 5) Akechi T, Yamaguchi T, Uchida M, et al. Smartphone psychotherapy reduces fear of cancer recurrence among breast cancer survivors: a fully decentralized randomized controlled clinical trial (J-SUPPORT 1703 Study). *J Clin Oncol* 2023; 41: 1069-78

9

非薬物療法

Ⅱ その他の介入

1 協働的ケア

1) 協働的ケアとは何か

うつ病は罹患率の高い精神障害であり、統制された条件下の研究では薬物療法、精神療法（心理療法、サイコセラピー）が治療効果を示すことはよく知られているが、多くの患者が適切に治療されていないことも従来から指摘されてきた。欧米諸国では、うつ病患者の多くはプライマリ・ケア医によって治療されているが、患者は依存や副作用への恐怖などさまざまな理由から十分量の抗うつ薬を服用せず、また継続的な症状のモニタリングや、障害をもたらす苦痛や再発の危険を減らすケアを受けていないとされている。こうした状況を背景に、プライマリ・ケア医と精神科専門医が協力して治療にあたる治療介入として、協働的ケア（collaborative care）というケアモデルが開発され、実証研究がなされてきた。

協働的ケアという用語が初めて用いられたのは、1995年のKatonらの研究においてである。彼らは、プライマリ・ケア医によって治療されているうつ病患者の多くが、薬物療法において十分な投与量に達していなかったり、早期に治療を中断したりしていることに対して問題意識をもち、プライマリ・ケア医と精神科医が協働して治療にあたるプログラムが有効かどうかについてランダム化比較試験を行った。介入は、うつ病患者の治療開始時にプライマリ・ケア医と精神科医がそれぞれ面接を行ったのち、精神科医のコンサルテーションを受けたプライマリ・ケア医が薬物療法を行うものであった。その結果、介入群のうつ病患者で有意に多く十分量の抗うつ薬を処方され、治療に満足し、うつ状態の改善をみている¹⁾。この時点では、「協働」とはプライマリ・ケア医と精神科専門医との連携を意味していた。

その後、うつ病に対する協働的ケアの試みが多く行われたが、そのアプローチにはさまざまな発展がみられており、「協働的ケア」が何を意味しているかには注意が必要である。2006年のシステムティックレビューに挙げられた協働的ケアの定義が広く受け入れられているが、それは以下の4点に集約される。

- ①多職種のアプローチによる患者のケア：プライマリ・ケア医に少なくとも1人の医療者（看護師、心理士、精神科医、薬剤師など）がケアに関わっていること。
- ②構造化されたマネジメントプラン：ガイドラインやプロトコルの形をとり、薬物療法および非薬物療法（患者のスクリーニング、患者と医療者の教育、カウンセリング、認知行動療法など）を含むこと。
- ③スケジュール化された患者のフォローアップ：治療介入をしたり、治療へのアドヒアランスを促進したり、症状や副作用を確認するために、電話か対面のフォローアップが1回かそれ以上にスケジュール化されていること。
- ④職種間コミュニケーションの強化：チーム会議、ケースカンファレンス、医療記録の共有、

個別のコンサルテーション/スーパービジョン、医療者間で患者について書面、あるいは口頭でのフィードバックなどが行われていること²⁾。

この定義のなかには明示されていないが、協働的ケアにおいてはケース・マネジメントが重要だとされている。Von Korff らはプライマリ・ケアにおいてうつ病患者のケアを改善させる要素を検討し、有効な介入と無効な介入を分けるのはケース・マネジメントの有無であることを明らかにした。ここではケース・マネジメントとは、患者のフォローアップに責任をもち、患者が治療を予定通り続けているかを判断し、患者がガイドラインに則った治療に従っていないか、期待された改善を示さなかったりした時には必要な行動をとることを意味する³⁾。このように 1990 年代の研究においては、ケース・マネジメントを行う医療者（ケア・マネージャー）の役割は主に薬物療法のアドヒアランスを保つこととされていたが、2000 年代に入ると、ケア・マネージャーが精神療法を行うプログラムが多くなった。Kappelin ら⁴⁾は、2004～2019 年の間に出版された、うつか不安を含む複数疾患をもつ患者に対する協働的ケアの効果を検証した研究のシステマティックレビューを行った。その探索的質的内容分析によると、抽出された 11 件の研究のうち 10 件で精神療法が行われており、その内訳は認知行動療法 2 件、短期精神療法 1 件、問題解決療法 6 件、セルフ・マネジメントプログラム 1 件であったとしている。

このように協働的ケアはうつ病に対する治療としては確実な効果を示しているが、対象患者をどのように選択するかが問題として残されている。上述の Katon ら¹⁾の研究では、うつ病患者には十分な効果を挙げた一方で、小うつ病患者においては、十分量の抗うつ薬治療を受けていた患者が有意に多かったものの、治療への満足度とうつ状態の改善の効果は認められなかった。費用対効果を検証した研究でも、うつ病患者においては協働的ケアが優れていたのに対し、小うつ病患者ではプライマリ・ケア医による通常治療の方が勝っていた⁵⁾。さらに、うつ病でも通常治療で改善をみる症例があることから、やはり費用対効果の観点から、まず通常治療を行い、十分な改善が得られない場合に協働的ケアを導入する、段階的協働的ケア（stepped collaborative care）が提唱されてもいる⁶⁾。

2) うつ病を伴うがん患者に対する協働的ケア

うつ病はがん患者においても罹患率の高い精神障害で、その影響は精神面だけでなく身体面にもおよび、死亡率を上げるとさえ指摘されている。がん患者のうつ病は認識されにくく、治療に至らない症例が多いが、その要因としては患者と治療医ともに精神科受診に抵抗があることに加え、がん患者は身体的要因によって移動が困難で、精神科治療につながりにくいことが挙げられている。

こうした問題を解決するために、協働的ケアは有力な選択肢となりうる。実際、2000 年以降、がん患者を対象にした協働的ケアの研究が多くなされている。しかし、がん患者に対する協働的ケア介入は研究によって介入内容に幅があるうえ、うつ病一般に対する協働的ケアとは異なる点がある。Shaw ら⁷⁾は、うつ病を伴う成人がん患者に対する協働的ケアに関するシステマティックレビューを行い、抽出された 8 件において介入を構成する要素、ケアを届けるモデル、役割の責任を検討した。それによると、がん患者に対する協働的ケアはケア・マネージャーを配置し、多くの場合、薬物療法のアドヒアランスの促進とともに問題解決療

法、認知行動療法など精神療法的介入を行っている点で、近年の協働的ケアモデルと一致している一方、プライマリ・ケアにおいてよりはがんセンターで行われていて、がん治療医が関わっていることが多いこと、精神科領域におけるケア・マネージャーの経験不足を補うため、精神科専門医が関与する度合いが高いとされている⁷⁾。したがって、このような介入では地域におけるうつ病ケアを実装し、継続するうえでは不十分な点があり、さらなる工夫が求められている。

3) わが国のがん医療への適応可能性

わが国においては、がん医療に関わる精神科医・心療内科医・心理士などの精神保健スタッフは十分とはいえず、がん患者のうつ病の治療も不十分であると推定されるが、がん患者に対して協働的ケアを行ったとする報告はない。しかし、わが国のがん診療連携拠点病院には緩和ケアチームがあり、がん看護に関する専門・認定看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの専門職が配置されているので、これらの医療者がケア・マネージャーとなって協働的ケアが行われれば、がん患者のうつ病のケアに寄与すると思われる。また、気持ちのつらさを有する患者のなかで、うつ病の基準を満たす患者が一部であることを考えると、閾値以下のうつ状態の患者にはケア・マネージャーが中心に対応し、閾値以上のうつ病患者にはケース・マネージャーに加えて緩和ケアチームに所属する精神症状緩和担当医や心理士とも連携して治療にあたる、といった分担も考えられるかもしれない。

また、今後地域包括ケアシステムが整備され、がん診療連携拠点病院と地域の病院との連携が強化された場合には、がん診療連携拠点病院の精神科医・心療内科医・心理士と、地域の病院の医療者が協力して協働的ケアを行うことも考えられる。

(岡島美朗，馬場知子)

II 文 献

- 1) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA 1995; 273: 1026-31
- 2) Gunn J, Diggins J, Hegarty K, et al. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. BMC Health Serv Res 2006; 6: 88
- 3) Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. BMJ 2001; 323: 948-9
- 4) Kappelin C, Carlsson AC, Wachtler C. Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. Fam Pract 2022; 39: 725-34
- 5) Von Korff M, Katon W, Bush T, et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. Psychosom Med 1998; 60: 143-9
- 6) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1109-15
- 7) Shaw J, Sethi S, Vaccaro L, et al. Is care really shared? A systematic review of collaborative care (shared care) interventions for adult cancer patients with depression. BMC Health Serv Res 2019; 19: 120

2 早期からの緩和ケア

1) 早期からの緩和ケアとは

Temel¹⁾が進行肺がん患者を対象とした早期からの緩和ケア（early palliative care：EPC）

の臨床試験の結果を2010年に報告し、EPCは一躍脚光を浴びることとなった。Temelらの介入手法は、「専門的緩和ケアチームが、診断後8週間以内から少なくとも月1回、症状緩和、治療ゴールの設定や意思決定支援、ケアの調整などのために、定期的に診察する」ケア提供体制であり、既報のランダム化比較試験の多くでは同様の介入手法が踏襲されている¹⁻³⁾。近年では、血液腫瘍や乳がんなど、さまざまながん種に対象が広げられており、American Society of Clinical OncologyやEuropean Society for Medical Oncologyも、がん種を問わず、広く進行がん患者に対するEPCの実践を推奨している⁴⁻⁹⁾。

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」と定義されている¹⁰⁾。同定義からわかるように、EPCは身体的問題なども含めた包括的・全人的なアプローチであり、気持ちのつらさだけに限定していない。よって、ほとんどのEPCの臨床試験では、QOLが主要アウトカムであり、抑うつや不安などの気持ちのつらさは副次アウトカムとなる。近年のシステマティックレビュー・メタアナリシス論文においても、EPCによる進行・再発性がん患者のQOL向上のエビデンスはより堅牢さを増しているが、気持ちのつらさの改善については利益を示す文献もあるものの、必ずしも結果が一貫していない³⁾。これは、前述の通り、EPCが進行がん患者のQOL向上のために開発された介入であり、精神療法や薬物療法など、気持ちのつらさに特化して開発された介入と比較して、その介入強度が劣ることが一因と考えられる。また、EPCは現場の状況(context)に高度に依存する、いわゆる複合的介入(complex intervention)であり、それが気持ちのつらさの改善効果に影響した可能性も考えられる。

2) 複合的介入 (complex intervention) とは

英国 Medical Research Council (MRC) は複合的介入 (complex intervention) に関するガイドランスを出版しており、本領域の普及啓発や適切な研究遂行に貢献してきた¹¹⁻¹³⁾。同ガイドランスでは、複合的介入の構成要件を、「①介入自体の特性として、変化をもたらす複数の構成要素またはメカニズムを有する。および/または②介入がどのように結果を生み出すかが、研究対象者や現場の状況(context)、システムなどの環境を含む外的な要因に依存する。」としている。また、複合的介入は、図6に示すように複数の介入要素が統合され、さまざまなステークホルダー(利害関係者)と協働する介入と理解されている¹⁴⁾。すなわち、EPCは、さまざまな因子が複雑に絡み合っており、うまく機能すれば対象者に大きな利益をもたらす可能性がある一方で、機能しなければ効果は期待できなくなる性質がある。これが、複合的介入のメリットでもあり、難しい点でもある。

近年では、このような複合的介入をどのようにして(how)、現場に実装するかを明らかにする実装科学という学問領域が注目を集め、前述のMRCも複合的介入の「プロセス評価(process evaluation)」に関するガイドランスを出版しており、ランダム化比較試験の結果だけでなく、プロセス評価についても論文化して報告することを推奨している^{13,15)}。一方で、EPCを含め、多くの複合的介入の臨床試験では、その実装プロセスについては報告がされておらず、ランダム化比較試験の結果にどのような因子が影響したのかについて、検証することは

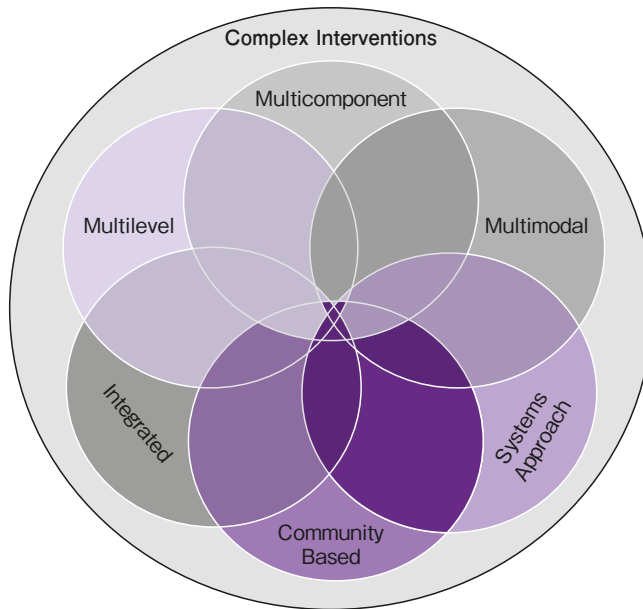


図6 複合的介入の要素

Multicomponent : Multiple active strategies or components for one or more levels, **Multimodal** : Multiple modes of intervention activity, **Systems Approach** : Systemic intervention that intentionally creates change aware of interdependencies within a system, **Community Based** : Based within one or more community settings &/or targets community change or utilises community agents/resources, **Integrated** : Relies on integrated or intersectoral collaboration, **Multilevel** : Universal, Selective, Indicated &/or multiple socio-ecological levels of a system

[Krishnamoorthy S, et al. What are complex interventions in suicide research? Definitions, challenges, opportunities, and the way forward. Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 8591¹⁴⁾ より引用改変]

困難である。つまり、EPCなどの複合的介入では、その効果に影響する因子を明らかにすることが科学的には適切と考えられる。例えば、Temelらのグループ¹⁶⁾は、EPCを受けた群で、問題解決型のコーピングスタイルを取る人が増えたことと、QOLや気持ちのつらさの改善が相関していたことを実証している。今後、このような研究がますます進むことが望まれる。

3) どのように「早期からの緩和ケア」を実践するか

EPCの介入手法にはバリエーションがある。近年ではさまざまなデジタル技術や人工知能が緩和ケアの領域に進出し、看護師主導介入や訓練を受けた非医療職による介入、電磁的患者報告アウトカム（electric patient reported outcome : e-PRO）を利用した症状モニタリング、質問促進リスト（question prompt list）など、関連する苦痛評価方法・ケア提供方法の研究が進んでおり、1つの介入手法や介入手法の組み合わせに推奨を限定することは困難である。基本的に複合的介入は、介入強度を増やせば増やすほど有効性（efficacy）は向上するが、実施可能性（feasibility）は低下するトレードオフの関係にある（図7）。特に本研究領域のランダム化比較試験では、臨床試験のために雇用されたスタッフによって介入強度を高めてでも有効性を実証する傾向にあり、いざ実臨床で実装・普及しようとするのが困難であることが少なくない。よって、効果の実証された介入手法をそのまま実装せず、現場の状況に合わせて

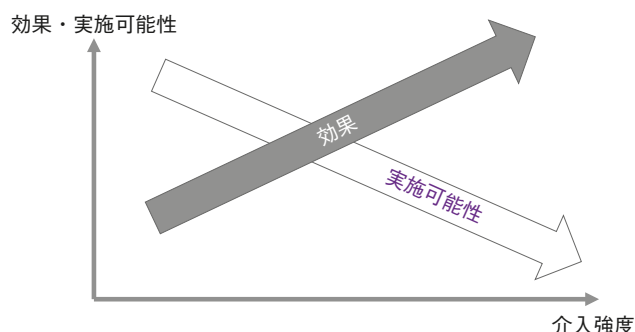


図7 複合的介入の効果と実施可能性

介入手法を最適化して実践することが現実的と考えられる。

また、EPCの実践は、国の施策に影響を受ける。わが国の緩和ケア政策は、主にがん対策基本法を根拠としたがん対策推進基本計画によって、方針が形成される。国は「がんと診断された時からの緩和ケア」を推進し、これまでも「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」など、さまざまな緩和ケアの施策が講じられてきた¹⁷⁾。一方で、診療報酬上では患者・家族に緩和ケアを十分に提供できる体制が整っていない。2023年2月現在、外来緩和ケア管理料は、症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限られており、気持ちのつらさを有するがん患者へのEPC提供には足かせとなっている。がん患者指導管理料(ロ)は「医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合」に加算されるものの、算定回数の上限が6回に設定されている¹⁷⁾。

このようなEPC実践への阻害因子を取り除くためには、医療者、研究者、学会などの学術団体、患者団体、国などのそれぞれのステークホルダーが連携することが望まれる。診療報酬は、内科系学会社会保険連合などが、各学会からの要望や学術的根拠を取りまとめ、国に提言する筋道が確立している一方で、がん対策推進基本計画やがん診療連携拠点病院などの指定要件などは、科学的根拠に基づくというより、いわゆる有識者会議における専門家の意見によって決定される傾向にある。政策の意思決定に学術的根拠を取り入れるスキームは重要であり、これまでもさまざまな提案がなされている(表9)¹⁸⁾。EPC実践を広く実現し均てん化するには、国レベルの施策も含め、さまざまな障壁を乗り越える必要があり、医療者個人の努力だけでなく、さまざまなレベルのステークホルダーとの協働が必要不可欠である。

4) まとめ

EPCのエビデンスや複合的介入について概説し、その臨床実践についての考察を展開した。EPCによる患者・家族への有害事象の報告はほとんどなく、リソースさえ許せば、積極的に提供されるべき介入といえる。一方で、その普及・均てん化には、現場レベルから国の政策レベルまでさまざまな課題が複雑に内在している。できるだけ多くの患者・家族に緩和ケアを届けるために、今後もさまざまなステークホルダーの協働を通じた課題解決の努力が望まれる。

(采野 優, 阿部晃子, 松本禎久)

表 9 政策意思決定に学術的根拠を取り入れるためのスキーム

1. 政策の問題点・課題の明確化
2. 既存の関連政策の同定
3. 文脈の同定
4. 政策の優先度の評価
5. 政策の受容可能性の検討
6. 科学的根拠（研究群）の統合
7. 学術チーム政策チームの協働
8. ステークホルダー分析・折衝
9. 政策提言委員会での検討
10. ブリーフィング資料・下交渉
11. 政策提言書の草案作成
12. 提言書の査読
13. 政府による公式的な関与
14. 政策効果の評価

[Uneke CJ, et al. Promoting the use of evidence in health policymaking in the ECOWAS region: the development and contextualization of an evidence-based policymaking guidance. *Global Health* 2020; 1: 73¹⁸⁾より引用改変]

文献

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42
- 2) Haun MW, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD011129
- 3) Hoomani Majdabadi F, Ashktorab T, Ilkhani M. Impact of palliative care on quality of life in advanced cancer: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2022; 31: e13647
- 4) El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, et al. Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2021; 7: 238-45
- 5) El-Jawahri A, Traeger L, Greer JA, et al. Effect of inpatient palliative care during hematopoietic stem-cell transplant on psychological distress 6 months after transplant: results of a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 3714-21
- 6) Chvetzoff G, Bouleuc C, Lardy-Cléaud A, et al. Impact of early palliative care on additional line of chemotherapy in metastatic breast cancer patients: results from the randomized study OSS. *Support Care Cancer* 2022; 31: 82
- 7) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96-112
- 8) Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018; 29: 36-43
- 9) Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol* 2024; 42: 2336-57
- 10) Radbruch L, De Lima L, Knaul F, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 754-64
- 11) Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021; 374: n2061
- 12) O'Cathain A, Croot L, Duncan E, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open* 2019; 9: e029954
- 13) Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015; 350: h1258
- 14) Krishnamoorthy S, Mathieu S, Ross V, et al. What are complex interventions in suicide research? Definitions, challenges, opportunities, and the way forward. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 8591
- 15) Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* 2015; 10: 53
- 16) Greer JA, Jacobs JM, El-Jawahri A, et al. Role of patient coping strategies in understanding the effects of early palliative care on quality of life and mood. *J Clin Oncol* 2018; 36: 53-60
- 17) Uneno Y, Iwai M, Morikawa N, et al. Development of a national health policy logic model to accelerate the integration of oncology and palliative care: a nationwide Delphi survey in Japan. *Int J Clin Oncol* 2022; 27: 1529-42
- 18) Uneke CJ, Sombie I, Johnson E, et al. Promoting the

use of evidence in health policymaking in the ECOWAS region: the development and contextual-

ization of an evidence-based policymaking guidance. Global Health 2020; 16: 73

3 家族介入

1) 家族介入の背景と目的

がん罹患は、患者のみならず家族にも大きな負担になりうる。家族介護者(family caregiver)とは、患者に感情的および身体的支援を提供する家族または重要な他者 (significant others) と定義され、患者とともに家族にも、倦怠感、睡眠障害、精神的苦痛、抑うつ、不安などがみられると報告されている¹⁻³⁾。また、病気の経過 (診断・再発時を含む) における感情や将来の不確実性への対処、痛みなどの症状管理とケアなどが、患者・家族双方にとって課題であり、対応困難な場合があると示されている⁴⁾。これら背景より、欧米を中心に、患者・家族介護者の精神的苦痛の改善を目的とした介入が行われている。

2) 家族介入の対象⁵⁾

「家族介護者のみ」もしくは「患者-家族介護者」のペア/カップルを対象としている。

3) 介入の種類と形態^{5,6)}

家族介護者介入は、個人、一組のペア/カップルに対する介入 (対面もしくは電話) と、グループによる介入 (対面) が報告されている。心理社会的介入の介入者は、トレーニングを受けた心理士、精神保健の専門家、看護師、社会福祉士、医師などで、1時間単回の介入から90分×5回や8週、16週に及ぶ介入まで時間、頻度もさまざまである。

下記介入要素が複合的に含まれているものが多く、カップルを対象とした介入では、カップル間の関係性や親密性に関する要素も含まれている。

- ・心理社会的サポート
- ・セルフヘルプグループ：治療者がファシリテートするピアサポートグループ
- ・心理教育：コーピング、ストレスマネジメント、コミュニケーション技術、問題解決スキル
- ・認知行動療法
- ・マインドフルネス
- ・カウンセリング
- ・家族療法：家族やカップルが直面する課題や困難に焦点を当てた介入
- ・リラクゼーション法

4) アウトカム^{5,6)}

家族介護者：うつ、不安、精神的苦痛、QOL、身体状態、家族関係、家族機能、性機能、負担、コーピング、自己効力感

患者：うつ、不安、精神的苦痛、QOL、身体状態、家族関係、家族機能、性機能、コーピング、自己効力感

(アウトカム尺度については臨床疑問6を参照)

5) 家族介入の効果

家族介護者に対する心理社会的介入の有効性を検討したシステマティックレビューでは、介入直後には介護者のQOLへの有効性が示唆されているものの（標準化平均差 0.29, 95%CI 0.04-0.53）、研究間の異質性により確固たる結論は導かれていない⁵⁾。また、「患者-家族介護者」ペアに対する介入に限定したシステマティックレビューでは、介入後において患者の不安、がんに関連するつらさへの有効性が示されているが効果は続かず、介護者の抑うつ、不安、がんに関連するつらさ、いずれも有効性が示されなかった⁶⁾。

進行がん患者の介護者を対象とした心理社会的介入（介護者単独、患者と介護者ペア、患者と家族への介入を含む）に関するメタアナリシスでは、介入1～3カ月後において介護者のQOL、精神的な健康状態、抑うつ、不安に有意な効果が示されている（表10）⁷⁾。この結果は、特に進行がん患者の介護者には心理社会的介入が考慮されうることを示唆している。

表10 進行がん患者の介護者に対する心理社会的介入—介護者への効果—

介護者のアウトカム（評価時期）	研究数	参加者数	効果量〔SMD (95%CI)〕
QOL（介入1～3カ月後）	14	1,557	0.24 (0.10-0.39)
身体的健康状態（介入1～3カ月後）	10	1,504	-0.02 (-0.12-0.08)
精神的健康状態（介入1～3カ月後）	8	1,241	0.14 (0.02-0.25)
抑うつ（介入1～3カ月後）	17	1,555	0.34 (0.16-0.52)
不安（介入1～3カ月後）	14	1,441	0.27 (0.06-0.49)

SMD：標準化平均差

〔Chow R, et al. Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2023; 115: 896-908⁷⁾より作成〕

6) 日本における現状と課題

がん患者と同居する家族に対する全国調査（500名）の結果、家族が最もこころの負担を感じたのは病名告知のとき（54.4%）であり、次に病状が悪化したとき（11.6%）、再発・転移告知のとき（11.0%）であった⁸⁾。6割以上の家族が告知をこころの負担と感じていたが、医療者からのこころのケア・サポートは「なかった」という家族が72.0%を占め、家族の心理的危機に対する医療者の意識が低いことが示されている。また、進行肺がん患者（248名）と家族介護者（232名）に対する縦断調査では、6割以上の患者・家族介護者が診断時に深刻な懸念を抱いており、診断からの時間経過のなかで深刻な懸念を抱いている家族の割合は若干減少するものの、診断から2年後でも約半数の家族介護者が深刻な懸念を抱いていたことが示されている⁹⁾。深刻な懸念を抱いている患者・家族介護者の抑うつ、不安の程度は、懸念を抱いていない患者・家族介護者に比べ有意に高く、患者・家族介護者に対する診断時からの継続的なサポートが求められることが示唆されている。

前述のように、家族介護者介入研究は欧米を中心に多数行われているが、欧米圏-アジア圏の文化背景の違いを考慮すると、欧米での研究結果をそのままわが国で活用することは難しい。さらに、わが国においてカップルセラピーの治療者や家族外来実施施設は限られており、家族介護者への心理社会的サポートの拡充は今後の課題である。

全国のがん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、地域がん診療病院には「がん相談支援

センター」が設置されており、患者のみならず家族介護者も相談できる窓口になっている。また施設は限られるが数カ所のがん診療連携拠点病院では「家族ケア外来」が設置され、家族のこころのケアに取り組まれている。現在活用できる資源での支援を考えると、がん患者に関わる医療者が家族介護者の負担や懸念を認識し、患者同様にケアを提供すること、具体的には医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種での声かけと家族介護者の懸念についても相談可能なことを伝え、必要であれば相談窓口や家族ケア外来、サイコオンコロジスト（精神科医・心療内科医など）を紹介することが考えられる。

（浅海くるみ、岡村優子）

文献

- 1) Chan JSM, Yu NX, Chow AYM, et al. Dyadic associations between psychological distress and sleep disturbance among Chinese patients with cancer and their spouses. *Psychooncology* 2017; 26: 856-61
- 2) Ellis KR, Oh S, Hecht HK, et al. Symptom distress and quality of life among Black Americans with cancer and their family caregivers. *Psychooncology* 2021; 30: 1356-65
- 3) Li Q, Lin Y, Xu Y, et al. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16: 230
- 4) Mosher CE, Adams RN, Helft PR, et al. Family caregiving challenges in advanced colorectal cancer: patient and caregiver perspectives. *Support Care Cancer* 2016; 24: 2017-24
- 5) Treanor CJ, Santin O, Prue G, et al. Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD009912
- 6) Pang X, Jin Y, Wang H. Effectiveness and moderators of cancer patient-caregiver dyad interventions in improving psychological distress: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2022; 9: 100104
- 7) Chow R, Mathews JJ, Cheng EY, et al. Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2023; 115: 896-908
- 8) 松下年子, 野口海, 小林未果, 他. がん患者の家族の心の負担と心のケア・サポート—インターネット調査の結果より—. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 2010; 22: 373-82
- 9) Sato T, Fujisawa D, Arai D, et al. Trends of concerns from diagnosis in patients with advanced lung cancer and their family caregivers: a 2-year longitudinal study. *Palliat Med* 2021; 35: 943-51

4 がんピアサポート

近年、同じ経験をもつ「ピア」からのサポートは、がんサバイバーが診断後の治療および生活によりよく適応し、自らのQOLを維持・向上させるうえでの重要な心理社会的ケアとして大きな注目を集め、わが国でも均てん化に向けた基盤づくりが推進されている。本項では、臨床疑問の章では触れることが難しいがんピアサポートの背景や国内外の実態について課題も含めて整理する。

1) ピアサポートの定義

ピアサポートとは、同じ体験をした仲間（peer, ピア）が相互に助けあう（サポート）ことである。わが国におけるピアサポート活動は、1955年頃にはアルコール依存症の断酒会の活動があったことが知られている。当時は「ピア」とは呼ばれていなかったが、1970年代に精神障害者の患者会や自助グループで生活支援を行うピアカウンセラーの活動が注目を集め始め、1990年代頃より障害者福祉領域で当事者性を活かして働く「ピアサポーター」が養成されていた¹⁾。

一方、がんを含む慢性疾患などの同じ体験をした者のピアサポートは、相互に助け合う心理社会的支援の一つとして、情緒的に支え合い、適切に対応していくための知識や経験を共有する関係から得るものを指す（広義）²⁻⁴⁾。そして、がん経験者は、がん告知以降のつらさゆえに、同じ体験をもつ仲間と交流をもちたいという強いニーズをもつ^{5,6)}。このニーズに動機づけられ、病室や外来の待合室などで出会う私的な関係からもピアサポートが生まれ、当事者が組織する患者会や自助（セルフヘルプ）グループ、患者支援団体、医療施設内のがん相談支援センター、都道府県の地域包括相談支援センターなどがピアサポートの機会を提供している。

2007年のがん対策基本法施行以前にがんピアサポートを得る機会は、患者会、セルフヘルプグループ、サポートグループがあった。集団精神療法もまた当事者の相互作用から生まれる効果を含めて設計されているプログラムであり、ピアサポートを得る機会の一つといえる。乳がん患者会の全国組織として知られる「あけぼの会」の誕生のきっかけは、1978年にワット隆子氏が新聞で乳がんの経験者の集いと呼びかけた記事であったと記している⁷⁾。それ以前にも、ワット氏がモデルとした名古屋の「沢泉会」など、各地でがん患者会や自助グループによるピアサポート活動が行われていたことが推察される。一方、海外では1990年代には医療者ががん経験者を募集してグループで行った Spiegel ら^{8,9)}の集団精神療法が延命の可能性や不安の軽減、Fawzy ら¹⁰⁾の認知行動療法、Johnson ら¹¹⁾の I Can Cope プログラムなどが、情動的サポートと参加満足度、社会的 Well-being や QOL 向上に効果があることを報告した。国内でもそれぞれのプログラムを日本人に適した形にアレンジして試み、効果を示した¹²⁻¹⁹⁾。その後実施されたピアサポートは、不安やうつ症状、適応障害などの症状改善といった治療目的で行う、精神科医と心理士による「集団精神療法」¹²⁾、がん治療医や看護師、ソーシャルワーカーなどが協働する研究会、NPO 法人などの支援団体が QOL 向上に向けたサポートを目的とした「サポートグループ」¹³⁻¹⁸⁾、当事者が主となって運営している場合は「セルフヘルプグループ」などに分類される。しかし現在、ピアサポートは医療者、行政、当事者（ピア）の協働によって行われていることが多く、この分類で厳密に分けることは難しい。

2) ピアサポートの方法と役割

ピアサポートの方法には、個別面談か集団（グループ）による講義や面談（語り合い）か、その面談は対面によるものか、電話、オンライン（Web）のビデオ会議システムを用いるものかに分けられる。内容は、開催目的によって、各がん種の治療や生活に必要な情報提供、がん告知・闘病に伴う動揺や不安に対する情緒的な支援を目的とする講義や語り合い、リラクゼーション法、食道発声、アピアランスケアなどの技術習得を目的とする講習会などが、単独または組み合わせたプログラムとして提供される¹⁹⁻²³⁾。

それぞれのプログラムで、ピアサポーターはさまざまな役割を担っている。例えば、グループでの語り合いのプログラムでは、参加者の関係構築や設定された目標達成を促進する役割を担うピア・ファシリテーターあるいはグループリーダー²²⁻²⁴⁾、性機能不全に焦点を当てたプログラムではカウンセリングを行うピアカウンセラー²⁵⁾、特定のトピックについてのストレスや困難な感情を積極的に管理するための認知行動療法的対処法を伝えるピアエデュケーター^{26,27)}、他の参加者に健康サービスや社会サービスの紹介や利用の手助けをするピア

ケースマネジャー^{2,28)}などが知られている。

3) ピアサポートの効果と懸念

ピアサポートは、いくつかの点で医療者による支援よりも効果があると考えられている。特にまず、孤独感によるつらさが軽減する効果が挙げられる²⁹⁾。ピアサポートは支援する側もされる側も同じがん治療の経験があり、十分に研修と実践を重ねたピアサポーターであれば、がんに関する知識のみならず、その生活に関する暗黙の知識をもっているため「多くを説明しなくても話せる相手」となりうる³⁰⁾。したがって、医療者や家族にさえも話せない内容を話すことができ、理解されたという感覚をもちやすく、情報の共有も容易になる。そして、医療者に支援される際とは異なる対等な関係にあり、相互支援と共同体感覚を促進する³¹⁾。このようにピアサポートに触れることで、新たな人間関係のレパートリーを増やす1つの糸口となる^{30,32-34)}。また、相互のがん治療経験の情報交換を通して、意思決定に必要な情報をより咀嚼して理解し、医療専門家とのコミュニケーション方法を学ぶことができる³⁵⁾。さらに、他者に役に立つことで自尊心や自己肯定感が高まるヘルパーセラピー効果を得る³⁶⁾。そして、社会的比較理論の観点からは、意識的、無意識的にメンバー同士が比較し合うことで自身を客観的に捉え、正常性の感覚を確立するのに役立つとも指摘されている。

近年になって2つのメタアナリシスが報告された。Leeら³⁷⁾は「一対一のピアサポート」に関するメタアナリシスを発表した。その結果、自己効力感の改善には中程度の効果が、セクシャリティ、情動的健康、コーピング、QOLの改善に小さな効果が示された。また、対面よりも非対面の効果は低くなる可能性が示唆された。2022年にはZhangら³⁸⁾が、ピアサポートを「同じ疾患をもつ個人により提供されるソーシャルサポートの形」と定義し、2021年までの17件の研究論文に基づくメタアナリシスを発表した。その結果、対照群と比較してピアサポート群は、QOL、抑うつ、不安、自己効力感において有意な効果を示した。さらに、ピアサポートの提供方法において、対面のみ、電話のみなどの1つの方法よりも、組み合わせた方法がよりQOLに貢献していた。これらの研究は中国の研究が多く、文化的な背景や特徴をもつ可能性があるが、ピアサポーターとの交流は、一般的に抑うつや不安の軽減、QOLの向上に有益と考えられている^{38,39)}。しかし、これらのメタアナリシスの対象となった研究は、参加者の抑うつや不安の程度による比較検討は行っておらず、うつや不安が重い参加者であっても有効であるかは、わからない状態である。

一方で、ピアサポートは必ずしもすべての人が望む介入ではない。初対面の者との交流を苦手とする者にはかえってストレスとなり、望まれないこともある。初期の研究^{35,40)}においては、不正確な情報提供、特定の治療方法に誘導されるなど否定的な影響を与える可能性や、自分の意見を押し通す支配的なメンバー、メンバー間の対立、担当医師への批判、より重篤な状況や急に状況が悪化したメンバーに出会った際の気持ちのつらさ、抑うつ状態では自己効力感をかえって低下させる可能性など、対応困難な状況への懸念が指摘された。これらに関しては、ピアサポーターへの研修、そして医療者とピアサポーターが協働して対応する体制づくりについての研修を充実させていくことによって軽減できると考えられている。

4) わが国におけるがんピアサポートの均てん化にむけた動向

わが国におけるピアサポート活動は、2010（平成22）年から「がんに関する総合的な相談等の実施に資する事業」において始まった⁴¹⁾。その事業内容は、各都道府県に地域統括相談支援センターを設置し、「がん患者及び家族のニーズに即した適切な相談支援が行われることを目的とした、がん患者等に対する総合的な相談支援（ピア・サポートを含む）、研修等に関する事業を実施する」であった。2011（平成23）年度より「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」を日本対がん協会に委託し、がんピアサポーターとなるために必要な基本スキルを身につけるピアサポーター養成テキストなどの教材開発およびモデルプログラムが始まった⁴²⁾。それ以降のがん対策推進基本計画でも、「がんとの共生」支援⁴³⁾の一つとして、各都道府県が継続して研修を行っている。また2018年度からは日本サイコオンコロジー学会が受託し、プログラムの改定と各地での養成研修会の開催、事業の進捗実態を把握する調査を行っている^{3,44,45)}。

このような研修事業を重ね、ピアサポーター養成研修会の修了者またはこのピアサポート事業の活動を行う者をピアサポーター（狭義）と呼ぶことも増えてきた。しかし、がん医療および行政担当者にはまだ「ピアサポート」の認知度は低いといわざるを得ない。したがって、がん対策基本法の成立およびピアサポーター養成研修会が始まる前から各地域でがん患者会など⁴⁶⁾で活動しているピアサポーター（広義）と、各都道府県のピアサポーター養成研修会の修了者、そして地域包括支援センター、がん診療連携拠点病院などの活動場所でピアサポート事業を担っている者を指すピアサポーター（狭義）とも、実際に担っている事業内容も区別なく、混在して用いられている状況がある。

5) ピアサポーター養成内容と活動実態

より質の高いピアサポートを提供するために、また、活動を続けるためには、研修後も定期的なサポートが必要であることが示唆されている²⁰⁾。実際、がんを体験したすべての人がピアサポーターに適しているわけではない。ピアサポーターには、自分自身が救われ、有意義な社会交流や、役立ち理解されることを感じたいなどの自身のニーズがある場合が少なくない。このような個人的なニーズと患者を助けたいというニーズとの間で、自他の境界（バウンダリー）を自覚してバランスを取る対策が重要である^{2,44)}。したがって、ピアサポーター研修の内容は、来談相手を傷つけず、自らの傷つきを防ぐための心理的支援の基本的知識、医療機関で活動する場合には個人情報扱いの方と医療者との連携方法が必須項目となる。

ピアサポーター養成に関する研究知見は、非常に限定的である⁴⁷⁾。Walsheら⁴⁸⁾のピアサポーター養成研究によると、参加者48名のうちプログラムを完遂したのは12名のみであり、その後も実際に運営するには至らなかったという。そして、プログラムを完遂したピアサポーターは女性の乳がん経験者が多く、多様ながん状況に対応できるピアサポーターを養成することの難しさが示唆された。当然のことながら、研修を受け、その後にピアサポーターとして活動するには、仕事や個人のさまざまな事情、健康状態を含めた調整が必要であり、それは容易ではない。そのような調整をしながら診断後10年以上にわたって活動を継続しているピアサポーターに活動の意義を尋ねると⁴⁹⁾、生存者・証言者としての使命感、がん経験者同士が対等に何でも話せる場所が必要だという確信、出会った人が元気になっていくこと

に生きがいを感じることで、活動を通して医療者とつながれることなどが意義として語られた。このような思いを理解し、ピアサポーターが専門職と協働して安心して活動できる環境整備も課題である。以前からのピアサポーターが高齢化や再発治療などに伴い活動困難となると同時に、近年はがん治療と就労を両立するため、担い手不足が深刻になっている。また、ピアサポーターの活動条件は都道府県の裁量に一任され、52%は無償のボランティアであり、16%は交通費のみ支給され、時間雇用されているのは10%程度であった³⁾。有償無償、通勤費用、労災など、安心して働ける環境整備の推奨や指針を示すには至っていない。これらについても検討が必要である。

6) ピアサポートの機会をピアサポーターと協働できる行政担当者、医療者の育成

2018年の総務省監査⁵⁰⁾で、ピアサポーター研修の開催が継続されておらず、がん診療連携拠点病院での相談支援やがん患者サロンへのピアサポーターの受け入れが進んでいない実態が明らかとなった。その対策として、行政ならびに医療者のピアサポートの認知度を高め、ピアサポーターとの協働を可能にする知識と技術を提供することが必要であると考えられた。そこで、2021年度より、がん相談支援に携わる医療者を対象に、ピアサポートの認知度を高め、地域の状況とニーズに応じたピアサポートの提供を、ピアサポーターおよび行政、医療者が連携して運営していくことを目的とした「がんサポートグループ企画・運営者のための研修会」が開始された^{3,45)}。2022年度（令和4年度）の実態調査報告³⁾では、がんピアサポーター養成を行っているのは47都道府県のうち57.4%（コロナ禍の影響で40%が休止中）であり、養成後のピアサポーターに活動の場を提供している都道府県は36.2%のみであった。また、がん診療連携拠点病院のうち、がんサロンなどピアサポートの機会を提供している施設は62%（コロナ禍で休止中36%）であった。コロナ禍で感染対策が優先されている状況が明らかであり、感染対策の緩和や工夫により、今後の機会拡大が期待される。

7) まとめ

がんピアサポートは、がんの診断、治療中の当事者、家族の強いニーズに応じて、患者会や医療者が企画するサポートプログラムとして発展してきた。もともと治療として位置づけられていないため、診療ガイドラインの基準に当てはめた「当事者（ピア）のみ」によって「閾値以上の気持ちのつらさを軽減・予防するか」を検証したランダム化比較試験の結果はほとんどない。しかし、ピアサポーターと医療者が協働して提供する情緒的サポートや情報交換などの相互支援を行うピアサポートのプログラムによって自己効力感が高まるなど、がん治療生活によりよく適応しQOLを維持向上することが認められている。ピアサポーターによる支援を継続的に提供するために、ピアサポーター養成はもちろんのこと、医療者および行政担当者への研修を定期的に行い、ピアサポーターと行政、医療者が連携して、各都道府県の事情に応じた体制をつくる必要がある。

（福井里美，吉川栄省，久村和穂）

■ 文 献

- 1) 平成 30 年度障害者総合福祉推進事業 ピアサポートを担う人材の活用を推進するための調査研究及びガイドライン作成のための研究：ピアサポートの活用を促進するための事業者向けガイドライン. pp8-9, 社会福祉法人豊心会 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521819.pdf> (2023 年 7 月 16 日閲覧)
- 2) Adler NE. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. National Academies Press, Washington DC, 2008
- 3) 日本サイコオンコロジー学会 がん総合相談に携わる者に対する研修事業改訂委員会. 令和 4 年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 事業報告書. 2023 https://www.peer-spt.org/wp/wp-content/uploads/2023/04/jigyo_houkokur4_all.pdf (2024 年 7 月 14 日閲覧)
- 4) 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
- 5) 「がんの社会学」に関する研究グループ. 2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書：がん向き合った 4,054 人の声 <https://www.scchr.jp/book/houkokusho/2013taikenkoe.html> (2023 年 1 月 29 日閲覧)
- 6) Spiegel D, Classen C. Group therapy for cancer patients: A Research-based handbook of psychosocial care. Basic Books, New York, 2000
- 7) ワット隆子. あけぼの会誕生のきっかけ「乳ガン体験者の集い」毎日新聞. 1978 年 5 月 29 日 <http://www.akebono-net.org/~%E3%81%82%E3%81%91%E3%81%BC%E3%81%AE%E4%BC%9A%E8%A%95%E7%94%9F%E3%81%AE%E3%81%8D%E3%81%A3%E3%81%8B%E3%81%91.html> (2023 年 7 月 16 日閲覧)
- 8) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668): 888-91
- 9) Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer* 2007; 110: 1130-8
- 10) Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5
- 11) Johnson J, Klein L. I Can Cope—Staying Healthy with Cancer. Chronimed Publishing, Minnesota, 1988
- 12) 保坂隆. がんところ—がん患者のこころのケアとそのしくみ. テンタクル, 2001
- 13) 吉田みつ子, 遠藤公久, 守田美奈子, 他. がん患者のための地域開放型サポート グループ・プログラムの効果検討. 心身医 2004; 44: 133-40
- 14) 吉田みつ子, 守田美奈子, 福井里美, 他. 複合型がんサポートプログラムに対する課題の検討. *Palliat Care Res* 2011; 6: 201-8
- 15) 季羽倭文子. がん告知以後 (岩波新書). 岩波書店, 東京, 1993
- 16) 中村めぐみ, 紺井理和, 川名典子. がんサバイバーのためのサポートグループの効果—情緒状態の経時変化より—. *がん看護* 2011; 16: 525-31
- 17) 広瀬寛子, 青木幸昌, 久田満, 他. がん患者へのグループ・アプローチの試み. *ターミナルケア* 1997; 7: 306-14
- 18) 福井里美. がん患者に対する非構造化型サポートグループの効果—情動とソーシャルサポートの検討—. 聖心女子大学大学院論集 2004; 26: 73-95
- 19) 坂元敦子, 福井里美. 当事者による支援：ピアサポート. がんサバイバーシップ—がんとともに生きる人びとへの看護ケア 第 2 版 (近藤まゆみ, 久保五月編). pp37-48, 医歯薬出版, 東京, 2019
- 20) Drebing C. Leading Peer Support and Self-Help Groups: A Pocket Resource for Peer Specialists and Support Group Facilitators. Alderson press, Holliston MA, 2016
- 21) Yoshikawa E, Fujisawa D, Hisamura K, et al. The potential role of peer support interventions in treating depressive symptoms in cancer patients. *J Nippon Med Sch* 2022; 89: 16-23
- 22) Cancer support groups: A guide to setting up peer facilitated supports. Cancer Australia, Canberra, 2009. https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/peer_supports1_504af01f596c3.pdf (2024 年 7 月 14 日閲覧)
- 23) Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 392-401
- 24) Hermann JF, American Cancer Society. Cancer Support Groups: A guide for facilitators. American Cancer Society, 2001
- 25) Schover LR, Jenkins R, Sui D, et al. Randomized trial of peer counseling on reproductive health in African American breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1620-6
- 26) Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, et al. Evaluating the implementation of a translational peer-delivered stress management program for Spanish-speaking Latina breast cancer survivors. *J Cancer Educ* 2018; 33: 875-84
- 27) Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, et al. Nuevo Amanecer-II: Results of a randomized controlled trial of a community-based participatory, peer-delivered stress management intervention for rural Latina breast cancer survivors. *Psychooncology* 2020; 29: 1802-14
- 28) Ramchand R, Ahluwalia SC, Xenakis L, et al. A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Prev Med* 2017; 101: 156-70
- 29) ベンジャミン HH 著, 竹中文良, 小島弘 訳. ウエル

- ネス・コミュニティー ―がんに克つ人、負ける人、読売新聞社、東京、1990.
- 30) Skirbekk H, Korsvold L, Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 711-6
 - 31) Gidugu V, Rogers ES, Harrington S, et al. Individual peer support: a qualitative study of mechanisms of its effectiveness. *Community Ment Health J* 2015; 51: 445-52
 - 32) Amonoo HL, Harnedy LE, Deary EC, et al. Peer support in patients with hematologic malignancies undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT): a qualitative study. *Bone Marrow Transplant* 2022; 57: 1277-86
 - 33) Kallio R, Jones M, Pietilä I, et al. Perspectives of oncology nurses on peer support for patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2021; 51: 101925
 - 34) 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
 - 35) Gray RE, Carroll JC, Fitch M, et al. Cancer self-help groups and family physicians. *Cancer Pract* 1999; 7: 10-5
 - 36) Riessman F. The "Helper" therapy principle. *Social Work* 1965; 10: 27-32
 - 37) Lee MK, Suh SR. Effects of peer-led interventions for patients with cancer: a meta-analysis. *Oncol Nurs Forum* 2018; 45: 217-36
 - 38) Zhang S, Li J, Hu X. Peer support interventions on quality of life, depression, anxiety, and self-efficacy among patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2022; 105: 3213-24
 - 39) Gottlieb BH, Wachala ED. Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology* 2007; 16: 379-400
 - 40) Steginga K, Smith DP, Pinnock C, et al. Clinicians' attitudes to prostate cancer peer-support groups. *BJU Int* 2007; 99: 68-71
 - 41) 厚生労働省がん対策推進協議会. 第9回がん対策推進協議会 資料8, 平成22年度 がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～, p45 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-15x.pdf> (2023年7月16日閲覧)
 - 42) 日本対がん協会. 平成24年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業. 研修テキスト がんピアサポーター編～これからピアサポートをはじめる人へ～平成24年度版 <http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/00.pdf> (2023年5月31日閲覧)
 - 43) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 第2回がんとの共生のあり方に関する検討会 資料6. 患者や家族等が安心して相談できる体制の整備について. 2019 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000533490.pdf> (2023年7月16日)
 - 44) 日本サイコオンコロジー学会. 令和2年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 ピア養成研修ワーキンググループ. ピア・サポーター養成テキスト 2020年度改訂版, 2021 <https://www.peer-spt.org/document/peer-spt/> (2023年7月16日閲覧)
 - 45) 日本サイコオンコロジー学会. 令和2年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 短期サポートグループワーキンググループ. がんサポートプログラム企画の手引き 2020年度版, 2021 https://www.peer-spt.org/wp/wp-content/uploads/2022/04/gan2020Support_all.pdf (2023年7月16日閲覧)
 - 46) 全国がん患者団体連合会の加盟団体一覧 http://zenganren.jp/?page_id=98 (2023年5月31日閲覧)
 - 47) Delisle V C, Gumuchian ST, Kloda LA, et al. Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. *BMJ Open* 2016; 6: e013325
 - 48) Walshe C, Roberts D, Calman L, et al. Peer mentors for people with advanced cancer: lessons learnt from recruiting and training peer mentors for a feasibility randomized controlled trial. *J Cancer Educ* 2021; 36: 710-8
 - 49) 福井里美, 吉田みつ子, 守田美奈子, 他. 長期がんサバイバーがピアサポート活動を続ける意味—10年以上の活動経験を通して—. *Palliat Care Res* 2019; 14: 79-88
 - 50) 総務省. 「がん対策に関する行政評価・監視—がんの早期発見, 診療体制及び緩和ケアを中心として—」の勧告に対する改善措置状況 (2回目のフォローアップ) の概要. 令和元年10月25日 https://www.soumu.go.jp/main_content/000651327.pdf (2023年1月30日閲覧)

コラム 8

運動（身体活動）の抑うつ症状に対する効果

がんサバイバーへの運動推奨

2019年に米国がん協会、米国スポーツ医学会などより、がんサバイバーのための運動ガイドライン^{1,2)}が公表され、運動の安全性および身体活動量低下の弊害が記載された。また、がん関連健康アウトカム（不安、うつ症状、倦怠感、身体機能、QOL）を改善する強いエビデンスがある運動としては、有酸素性運動（自転車やランニングなど）、筋力トレーニング（重錘（おもり）やチューブを使った運動など）、有酸素性運動と筋力トレーニングの組み合わせ、が挙げられた。具体的には「1週間に少なくとも150～300分の中強度運動あるいは75分の高強度運動、あるいはそれらと同等の組み合わせの運動を行うこと。1週間のうち2日以上は筋力トレーニングを行う、可能であれば大筋群のストレッチを少なくとも週に2回行う」ことが全米総合がんセンターネットワークによるサバイバーシップガイドライン2019年版³⁾で強く推奨されている。

国立がん研究センターが公表した「がんサバイバーシップガイドライン 身体活動・運動編」⁴⁾では、運動習慣のない成人がんサバイバーに運動を勧めることが推奨されるかどうかを検討した。運動習慣は米国スポーツ医学会の基準で評価し、一般成人（18歳から65歳未満）と高齢者（65歳以上）に分けてclinical questionを設定した。いずれも「運動を勧めることを提案する」という結果となり、成人がんサバイバーは推奨の強さ：弱、エビデンスの強さ：C（弱）、高齢者は推奨の強さ：弱、エビデンスの強さ：B（中）となった。安全かつ有効な運動実践には経済的な負担が生じうるという不利益を考慮し、総合的に推奨を判断した。また、推奨作成の過程において、一般成人がんサバイバーに対する、うつ症状のアウトカム（Beck Depression Inventory II, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Hospital Anxiety Depression Scale）を評価したランダム化比較試験5件でシステマティックレビューならびにメタアナリシスを行った結果、身体活動・運動介入によるうつ症状は対照群と比較して有意に改善することが認められた（標準化平均差 -0.39, 95%信頼区間 -0.68～-0.10）。また、高齢がんサバイバーに対するうつ症状のアウトカムを評価したランダム化比較試験4件でシステマティックレビューならびにメタアナリシスを行った結果、身体活動・運動介入によるうつ症状は対照群と比較して有意に改善することが認められた（標準化平均差 -0.39, 95%信頼区間 -0.74～-0.03）。なお、今回のシステマティックレビューにおいては、有酸素性運動、有酸素性運動と筋力トレーニングの組み合わせが身体活動・運動介入として包含された。なお、包含されたいずれの研究においてもうつ病などの重篤なうつ症状への効果については検討されていない点に留意が必要である。

（街 勝憲，松岡 豊，越智英輔，小川朝生）

文献

- 1) Schmitz KH, Campbell AM, Stuver MM, et al. Exercise is medicine in oncology: engaging clinicians to help patients move through cancer. CA Cancer J Clin 2019; 69: 468-84
- 2) Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, et al. Exercise guidelines for cancer survivors: Consensus

- Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc 2019; 51: 2375-90
- 3) National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guidelines for Patients. Survivorship Care for Healthy Living, Version 2020. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf> (2023 年 1 月 20 日閲覧)
- 4) 国立がん研究センター. 令和 4 年度国立がん研究センター研究開発費 科学的根拠に基づくがんサバイバーシップガイドライン提言に関する研究班. がんサバイバーシップガイドライン身体活動・運動編. 2024 年 7 月

コラム 9

セルフマネジメント

がんに関する気持ちのつらさに対処するために、多くの医療機関では精神科医や心理士などが配置され、さまざまな試みがなされるようになってきた。しかし、実際に医療者の介入を受けたいと思ったとしても、時間的余裕がない、地域に専門家がない、もしくはアクセスできないということも少なくない。がんをかかえた時、気持ちのつらさをかかえてもメンタルヘルスの専門家の介入を望まないことも少なからずあることは、過去の研究により示されている¹⁾。このようななかで、医療者やメンタルヘルスの専門家がケアを提供するのではなく、自分で行うセルフマネジメント（セルフヘルプ、セルフガイド）が注目を集めるようになってきた。

セルフマネジメントはそのプロセスを通じて、患者が疾病に対する受動的な受け手から能動的な参加者に移行することが促されるとされる²⁾。医療者が患者のセルフマネジメントを促進すれば、医療者の知識に対する信頼や患者との関係性が向上し、アドヒアランスが向上するとも考えられている³⁾。費用対効果も高く、患者の準備ができた時点で介入に関与でき、地理的な障壁も克服できるなどの利点もある。がんにおけるセルフマネジメントは、健康行動（運動習慣、食事習慣）、身体症状（倦怠感、睡眠障害、身体機能）、自己効力感の向上に有益であることが示唆されている⁴⁾。

気持ちのつらさに対するセルフマネジメントは、ワークブックなどの小冊子や動画、ウェブコンテンツ、アプリなどを介入媒体として自ら学習するプログラムとして提供される。内容は、認知行動療法、マインドフルネス、リラクセーション法などのストレスマネジメントプログラムや、気持ちのつらさを軽減しうる健康行動に関する知識、がんにおけるさまざまな知識、実際にがんを経験した患者の声や文章、その他、利用可能なリソースの情報の提供などがある⁴⁾。近年では、インターネットの普及に伴いオンラインによるセルフマネジメントに関する研究が増えてきた。実際、医療者と対面して直接コミュニケーションをとるよりも、電子メールやウェブサイトのサービスを通じて、デリケートな問題や懸念を報告することに安心感を覚えるという利点があるとされる⁵⁾。オンラインによるセルフマネジメントプログラムの、がん患者の気持ちのつらさに対する効果を検討したメタアナリシスによると、QOLが改善し、うつ状態が軽減し、自己効力感が高くなることが示唆されている⁶⁾。

このようにセルフマネジメントは大きな可能性があるが、さまざまな課題もあると考えられている。実際、がんをかかえながら日常生活で長くセルフマネジメントを継続していくことは容易ではない⁴⁾。気持ちのつらさに関しては、専門家の介入を望まない場合、心理的な支援を受けることのスティグマや、感情的な問題や心理的問題は自分で管理したいことがあるとされる¹⁾。これらは、うつ病に対する適切な治療の障壁になっている要因といわれる⁷⁾。日常生活に少なからぬ影響を与えている抑うつ状態においては、セルフマネジメントでは対処しきれない場合もありうる。実際、過去の多くの研究においても、セルフマネジメントのなかで、医療者のサポートが前提となっている研究は少なくない。医療者が、わかりにくい点をサポートしたり、誤りなくセルフマネジメントを遂行できているかを確認したり、継続することが困難な理由をカウンセリングしたり、精神状態が悪化していないかを定期的に評価していくなど、さまざまな関わりが必要であるとされている。

セルフマネジメントにおいても、医療者の関わり方が大切なことも忘れてはいけない。

(吉川栄省)

■ 文 献

- 1) Clover K, Kelly P, Rogers K, et al. Predictors of desire for help in oncology outpatients reporting pain or distress. *Psychooncology* 2013; 22: 1611-7
- 2) Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87
- 3) Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2015; 15: 77
- 4) Boland L, Bennett K, Connolly D. Self-management interventions for cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer* 2018; 26: 1585-95
- 5) Wibe T, Hellesø R, Varsi C, et al. How does an online patient-nurse communication service meet the information needs of men with recently diagnosed testicular cancer? *ISRN Nurs* 2012; 2012: 260975
- 6) Zhang X, Ma L, Feng L. Web-based self-management intervention for patients with cancer: A meta-analysis and systematic review. *J Nurs Scholarsh* 2022; 54: 598-606
- 7) Yoshikawa E, Taniguchi T, Nakamura-Taira N, et al. Factors associated with unwillingness to seek professional help for depression: a web-based survey. *BMC Res Notes* 2017; 10: 673

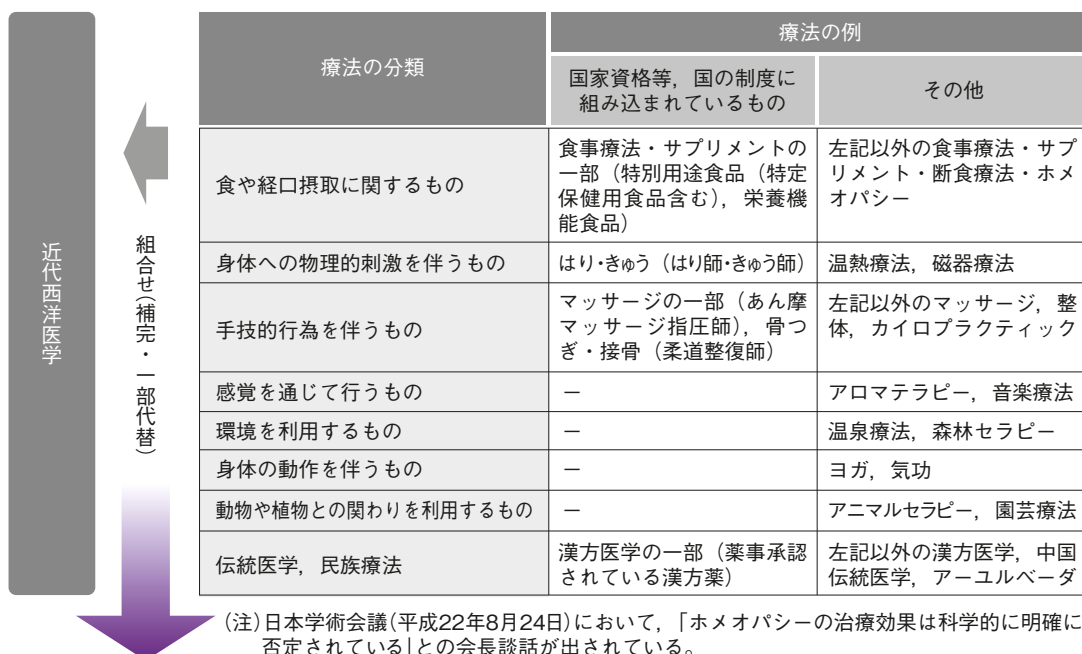
コラム10

補完代替療法（CAM）：ヨガ、鍼灸、その他

1 補完代替療法（complementary and alternative medicine）とは

がん治療で標準的に行われている西洋医学的医療（手術や抗がん剤、副作用対策などの薬物療法、放射線治療など）を補ったり、その代わりに行ったりする医学・医療体系が「補完代替療法」と総称されている。2012（平成24）年度に行われた厚生労働省の「統合医療」のあり方に関する検討会においては、「統合医療」を、「近代西洋医学を前提として、これに相補（補完）・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更にQOL（Quality of Life：生活の質）を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの」と位置づけている。

具体的には健康食品やサプリメントなどがよく注目されるが、鍼・灸、マッサージ療法、運動療法、ヨガ、気功、瞑想、マインドフルネス、リラクゼーション法、アロマセラピー、アニマルセラピーなども含まれる。漢方は日本においては、大学での医学教育として、漢方薬に関する教育が実施されている。日本医学会の分科会として、日本東洋医学会があり、専門医制度が設置されている。保険診療で漢方エキス製剤が利用でき、適応、安全、質の管理が行われて広く利用されている（図1）。



統合医療

図1 厚生労働省「『統合医療』に係る情報発信等推進事業」

〔厚生労働省、これまでの議論の整理（平成25年2月「統合医療」のあり方に関する検討会）資料より引用〕

2 がん医療における補完代替療法の実態¹⁾

わが国ではがん患者の約半数が補完代替療法を利用していることが明らかになっている。そのうちの約4分の3の患者は、家族や友人からの勧めがきっかけとなって利用を開始し、自らの意思で利用し始めた患者は4分の1以下であった。利用している患者の約4割は副作用を心配し、1割以上の患者は、病院での治療に悪い影響を与えることを心配していた。少数ながらも約6%の患者は、病気の悪化につながるのではと危惧していた。

がん患者におけるストレスの視点からみた補完代替療法の現状調査²⁾によれば、患者が補完代替療法の利用を決める最大の促進因子は「家族からの期待」であり、「効果などのメリットを感じるから利用する」という人は少なかった。補完代替療法に関して、患者の約6割は医師に相談できず、医師の8割も患者に対して、補完代替療法について問診していなかった。「家族の期待」に応えるために補完代替療法を利用している患者は、その悪影響を心配し、医療者に相談したいと思いつながら相談できていなかった。

3 補完代替療法に関するヘルスリテラシー

上述のごとく、がん患者、家族、医療者の間では補完代替療法に関するコミュニケーションが十分になされていない現状がある。適切な医療情報を集め、理解し、科学的根拠に基づくヘルスリテラシーを向上するためには以下の2つが重要である。

(1) 信頼できる補完代替療法に関する情報源を知る

わが国で補完代替療法に関する信頼できる代表的な情報源は以下の4つである。

- ・ 国立がん研究センターがん対策情報センター³⁾
「がん情報サービス」内の代替療法（健康食品やサプリメント）
- ・ 国立研究開発法人 国立健康・栄養研究所⁴⁾
「『健康食品』の安全性・有効性情報」
- ・ 厚生労働省「『統合医療』に係る情報発信等推進事業」⁵⁾
「統合医療」情報発信サイト
- ・ がんの補完代替医療（CAM）診療手引き⁶⁾

(2) 信頼できる医療者と補完代替療法の利用に関して率直なコミュニケーションを

先行研究にもあるように医師は患者に補完代替療法の利用について問診しておらず、患者は利用や心配ごとを医療者に相談できないコミュニケーション状況がある。現在は、上記の適切な国内の情報源や以下で触れるクリニカルガイダンス（手引き）が整備されている。補完代替療法に「がんの進行抑制」「症状緩和」「免疫力を高める」などを期待して利用する患者の心情に鑑みると、単に補完代替療法の効果、副作用についてのみに焦点化するのではなく、病気の状態、治療経過の理解、症状緩和、療養場所の選択なども話し合うとよい。患者本人にとって大切な価値観や選好を理解し、重要な意思決定やアドバンス・ケア・プランニングにつながるコミュニケーション機会と考えるべきである。

4 補完代替療法のクリニカル・エビデンス

『がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス 2016年版』⁷⁾は、質の高い臨床研究が少ない、多くが保険診療の対象外である、利用にあたり患者・家族の価値観の影響が大きい、などの理由により、具体的な臨床疑問を設定することが困難と考えられたため、科学的根拠をまとめたクリニカル・エビデンスとしてまとめられた。詳細については本コラムでは割愛するが、ヨガ、

鍼灸について要点のみ以下に概説する。

(1) ヨガ

乳がん患者の痛み, 倦怠感, 睡眠障害, 不安, 抑うつ, QOL の改善に寄与する可能性の報告がある。しかし大規模なランダム化比較試験など質の高い研究が不十分で臨床応用には慎重であるべきである。

(2) 鍼灸

補完代替療法のなかでは臨床研究が盛んで, 抗がん治療の有害事象への支持療法の臨床研究が多い。システマティックレビューによると緩和ケア対象となる痛みに関して 5 件のランダム化比較試験にて有効と報告されている。吃逆, 呼吸困難, 倦怠感, 睡眠障害への科学的根拠は明確ではない。全般的 QOL の改善は 3 つのシステマティックレビューにて報告がある。

(所 昭宏)

■ 文 献

- 1) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. J Clin Oncol 2005; 23: 2645-54
- 2) Hirai K, Komura K, Tokoro A, et al. Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. Ann Oncol 2008; 19: 49-55
- 3) 国立がん研究センター. がん情報サービス (<http://ganjoho.jp>) 内の「がんと民間療法」https://ganjoho.jp/public/dia_tre/cam/health_food_products.html (2023 年 12 月 29 日閲覧)
- 4) 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所. 「健康食品」の安全性・有効性情報 <https://hfnet.nibiohn.go.jp/> (2023 年 12 月 29 日閲覧)
- 5) 厚生労働省『「統合医療」に係る 情報発信等推進事業』eJIM (イージム: 「統合医療」情報発信サイト) <http://www.ejim.ncgg.go.jp/> (2023 年 12 月 29 日閲覧)
- 6) がんの補完代替医療 (CAM) 診療手引き <https://www.ejim.ncgg.go.jp/pro/doc/pdf/hb20120130.pdf> (2023 年 12 月 29 日閲覧)
- 7) 日本緩和医療学会 編. がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス, 2016 年版. 金原出版, 東京, 2016 https://www.jspm.ne.jp/publication/guidelines/individual.html?entry_id=92 (2023 年 12 月 29 日閲覧)

10 チーム医療

1 多職種の連携と分担

現在のがん医療では、さまざまな専門の医療者が連携して治療や支援を進めていくチーム医療が行われている。医師だけでも外科医、内科医、腫瘍内科医、放射線診断医、放射線治療医、病理医、緩和ケア医、精神腫瘍医、リハビリテーション医、麻酔科医と多岐にわたり、さらに担当の看護師、各専門分野の看護師、臨床検査技師、薬剤師、管理栄養士、ソーシャルワーカー、診療放射線技師、リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）などさまざまな専門性をもつメディカルスタッフがそれぞれがん患者に関わり、通常の診療やカンサーボードなどのカンファレンスで意見交換をしながら診療する。また、がん医療が病院内で完結することは少なく、地域の在宅医療の医師や訪問看護師、介護サービスなどと、退院後の医療・療養を分担して行う。またチームには医療者のみならず、患者自身、家族や、がん体験者によるピアサポートも含めて考えることもある。

がん患者や家族の気持ちのつらさへの対応もチーム医療の一環として行われる。気持ちのつらさへの関わりの内容を専門性ごとに示す（表1）¹⁾。気持ちのつらさに専門的に関わる医療者（精神腫瘍医、心理士、精神症状を専門とする看護師など）は、がん医療を行う病院の一員として、もしくはクリニックなどががん医療を行う病院とは異なる施設の立場から、がん医療チームに加わる。がん治療チームの求めに応じて専門家としてがん治療医に助言をする“コンサルテーション”を行う。患者への対応だけでなく依頼者である医療者への対応が求められるコンサルテーションでは、主治医としての診療と異なる、活動上注意すべきいくつか

表1 がん患者の気持ちのつらさに対する評価と介入の役割分担

専門性ごとのグループ	職種の例	評価	介入
すべての医療とソーシャルケアの専門家	担当医、担当看護師など	心理的ニーズの認識 気持ちのつらさのスクリーニング	患者にとって必要な情報を伝えるように提供する 思いやりのあるコミュニケーションと一般的な心理サポート
専門性の一部に心理支援を含む専門家	緩和ケア医、緩和ケアを専門とする看護師、ソーシャルワーカーなど	気持ちのつらさの原因や程度、背景にある心理的問題を評価する	つらさの原因の解決支援 問題解決技法、不安のマネジメントなどの心理介入
精神保健の専門家	精神科医、心療内科医、心理士、精神科専門看護師など	精神病理の評価 精神医学的診断	認知行動療法を含む専門的な精神療法 薬物療法

※医療者以外の地域のサポート資源、がん患者同士のサポート（ピアサポート）は常に活用を考える

[Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer¹⁾を参考に作成]

表2 コンサルテーション十戒

	補足
1. 問題を明確に	依頼者が具体的に何を求めているか事前に話し合う 例：認知症患者のケアを求められているのか、手術適応評価を求められているかではフィードバックが異なる
2. 緊急性を確認する	即時の対応が必要か、急ぎではないのかを依頼者に確認する
3. 自分の目で確かめる	診療録を見るだけでなく、直接の診察や周囲からの聞き取りをして、患者の状態や問題点の評価を行う
4. できるだけ簡潔に	診療録への記載は、特にアセスメントと推奨を中心に記載する
5. 具体的に	依頼者の目的や、専門家として対応すべきと考えた目標を明確にして、具体的な関わり方や処方などの対応を提案する
6. 先を予測して備える	現在の問題だけでなく、今後の問題を想定して対応する 例：今後使われやすい抗がん剤との相互作用も考慮して向精神薬を選択する 例：抗がん剤治療中止が予想されるため、心の準備状態について評価しておく
7. 相手の領域を尊重する	単純に精神面への推奨を提案するだけでなく、現実的な問題に対する依頼者の専門性、考えを尊重し、相談された問題に関して対応する 例：退院を希望している患者の意向を伝えるだけでなく、担当医が考える入院の必要性や考えを尊重して、対策や代替案を検討する
8. 教育	すべてのコンサルテーションを教育や宣伝の機会と考える 例：評価のポイントや対応の過程がわかるように診療録を記載する 例：推奨と合わせて役に立つ資料を紹介する
9. 直接話す	依頼者との連絡は診療録上の記載だけでなく、口頭でも行う 顔の見える関係をつくる
10. フォローアップ	依頼者や患者が求めている役割を意識しながら継続的に介入する いつ、どのような形で介入を終了するか、他の医療機関に連携するのかについても意識する

[Goldman L, et al. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983; 143: 1753-5²⁾より引用、一部改変]

の点がある（表2²⁾）。

気持ちのつらさへの対応のコンサルテーションを行う専門家も、多職種から構成される専門家チームを組むことが多い。専門家としてコンサルテーションを行う代表的な体制を表3、図1に示す。例えば手術室チームのような従来の医療チームは、各職種の役割が明確に定められておりその役割のなかで専門性を発揮することが求められているが、気持ちのつらさに対応するような専門家チームでは、違ったチームワークが求められる。専門家多職種チームでは、チーム全体のリーダーはいるが、取り扱うテーマによりリーダーとして働く職種が変わることがある。他のメンバーの専門性も理解し連携しながらチームとしての目標達成を目指す（例：緩和ケア医が緩和ケアチームのリーダーだが、患者の気持ちのつらさについて心理士が中心になり対応を話し合い、症状の程度の評価を精神腫瘍医に、背景の痛みを緩和ケア医に、経済的問題をソーシャルワーカーに分担して包括的ケアを行う）。このような多職種チームを interdisciplinary team と呼ぶ。機能的なチームのための条件を表4³⁾に示す。入院患者だけでなく、外来での主治医チームとの連携、地域医療機関や介護サービスとの連携、保健所や学校など地域社会との連携、ピアサポートとの連携など、幅広く患者を支えていく視点が必要である。

表3 サイコオネコロジストが所属することの多い病院内チーム

	職種	対象	役割	関連する診療報酬 (2023年時点)
緩和ケアチーム	緩和ケア医, 精神科医・心療内科医, 看護師, 薬剤師, 栄養士など	がんなど生命をおびやかす疾患を有する外来, 入院患者	身体症状・精神症状緩和 アドバンスケアプランニング支援 終末期ケア 緩和ケアに関する医療者教育	緩和ケア診療加算 (対象は悪性腫瘍, 後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者に限られる)
精神科リエゾンチーム	精神科医, 精神科リエゾンに関わる所定の研修を修了した看護師, 精神保健福祉士, 作業療法士, 薬剤師, 心理士など	一般病棟に入院し, せん妄や抑うつ, 精神疾患を有する患者	精神症状の評価, 治療 外部医療機関への連携 精神症状に関わる医療者教育 診療に関わる職員のメンタルヘルス対応	精神科リエゾンチーム加算

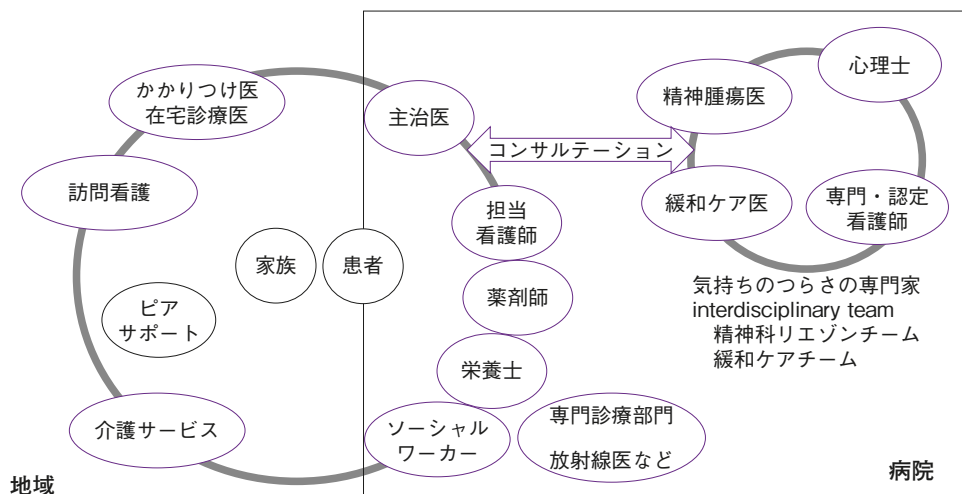


図1 がん患者を取り巻く医療チームモデル

表4 機能するチームの条件

条件	例
チームの使命や目的があること	患者のつらさをやわらげる 主治医チームが患者のケアを円滑にできるようにする 主治医チームの緩和ケア技能を向上する
メンバーが目的達成のために活動する意欲があること	チームでの活動が評価されており, スキルアップの機会が保証されている ×希望していないのに配属される, 他業務を優先するように指示されている
メンバーの役割分担が明確であること	メンバーの専門性, 技能について互いに知る 「この患者の慢性疼痛に認知行動療法ができるかもしれません」など 何ができるかをチーム内で言語化する
メンバー間に緊密なコミュニケーションがあること	定例カンファレンスなど話し合う機会を設ける 特に医師以外の職種が発言しやすい雰囲気をつくる

[小川朝生, 他編. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア, 創造出版, 2014³⁾より引用改変]

(秋月伸哉)

文献

- 1) National Health Service (NHS) —National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. pp78-80, 2004
- 2) Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. Arch Intern Med 1983; 143: 1753-5
- 3) 白波瀬丈一郎. 13. チーム医療. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp133-9, 創造出版, 東京, 2014

2 看護師の関わり

1) がん医療における看護師の役割と看護に特徴的なこころのケア

がん患者は、がんと診断されてから、再発時、抗がん治療中止時、終末期に至るいくつかの局面において、さまざまな苦悩をかかえることが少なくない。がん医療に従事する看護師は、病院や地域での担当看護師として、チームの専任看護師として、相談業務を行う看護師として、などさまざまな場面で患者と関わる機会がある。そのなかで症状マネージメント、心理的支援、意思決定支援などを行い、がん患者の病の軌跡を共に歩んでいく役割がある。

元々、看護とは生理的欲求を充足したり日常生活の援助を行うことを通じ、母性的・養育的機能を担う職業として位置づけられている¹⁾。例えば、入院生活において看護師が定期的にラウンドを行うことや清拭などのケアを提供すること、そしてそのなかで自然ないたわりの言葉をかけることは、患者に安心感や心地よさを提供し、潜在的に気持ちのつらさの緩和につながる場合が多いだろう。このような機能は、治療的・発達促進的環境としての看護とされ、看護に特徴的なこころのケアと捉えられている²⁾。

2) NICE によるこころのケアと看護師の役割

NICE (National Institute for Clinical Excellence) 支持緩和ケアマニュアルによるこころのケアの4段階 (表5 参照)^{3,4)}のうち、看護師が担う主な役割は、第1段階の「心理的ニーズを認識し、適切な情報提供や理解の確認、共感や敬意を示す」といった介入と、第2段階の「がん診断時、再発時、抗がん治療中止時などにおける心理的苦痛をスクリーニングし、危機介入、支持的療法、問題解決技法のような心理技法の介入を行うこと」と位置づけられている。前者は、がん医療に携わるすべての看護師の普遍的かつ重要な役割であり、前述1)で述べたことと同様のものといえる。後者は専門・認定看護師など、より専門的知識・技術を有した看護師の役割であると考えられる。

3) がん患者指導管理料におけるこころのケアと看護の役割^{5,6)}

わが国のがん対策では、2010年(平成22年)診療報酬改定で「がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実項目」として「がん患者カウンセリング料(現 がん患者指導管理料イ)」が新設された。これはプライバシーが保てる環境で、がんに関する研修を修了した医師と有資格の看護師が共同して診断・治療方針の説明や意思決定支援を行った場合に算定可能である。さらに2014年(平成26年)改定では、がん患者指導管理料2(現ロ)が新設され、がんに関する研修修了医師または有資格の看護師または公認心理師が、がん患者の心理的不安の軽減のため面接を行った際に算定可能となった。ここでの有資格の看護師とは、「がん患者

表 5 がん患者の心理的評価とサポートの 4 段階

第 1 段階 すべての医療者	
評価	心理的ニーズの認識（必要に応じて精神保健の専門家に紹介）
介入	基本的なコミュニケーション技術（適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意）
第 2 段階 心理的知識を有する医療者（緩和ケアチーム，がん看護専門看護師，ソーシャルワーカー，家庭医）	
評価	心理的苦痛のスクリーニング（がんの診断時，再発時，抗がん治療中止時などストレスが高まる時）
介入	問題解決技法のような心理技法（問題解決療法など）
第 3 段階 訓練と認定を受けた専門家（心理士）	
評価	心理的苦痛の評価と精神疾患の診断（重症度を識別し，必要に応じて精神科医に紹介）
介入	カウンセリングと精神療法（不安マネージメント，解決志向的アプローチ）
第 4 段階 精神保健専門家（精神科医）	
評価	精神疾患の診断（重症の気分障害，人格障害，薬物乱用，精神病的障害を含む，複雑な精神的問題）
介入	薬物療法と精神療法（認知行動療法）

〔小川朝生，他．精神腫瘍学クリニカルエッセンス，p15，創造出版，2012⁴⁾より引用改変〕

の看護に従事した経験を有し，がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師」である。がん患者指導管理料 2（現口）の算定対象となる患者は，がんと診断され継続して治療を行う患者のうち，Support Team Assessment Schedule (STAS)-J（STAS 日本語版）で 2 以上の項目が 2 項目以上該当する，または DCS（Decisional Conflict Scale）40 点以上であるとなっており，一定以上の苦痛がある者とされている。そのような患者へ，身体症状および精神症状の評価および対応，病状，診療方針，診療計画，日常生活での注意点などの説明，患者の必要とする情報の提供，意思決定支援，他部門との連絡・調整など，患者の心理的不安軽減のための指導を実施した場合に算定できることとなっている。したがって，面接を行いながら患者に寄り添い，不安のもとになっていることを整理し，不安を軽減させるためのアプローチを共に考え，対応を助言・指導することが看護師に求められる支援である。これらの支援を受けることで患者の不安が軽減し，QOL の維持向上に役立つことが期待される。

4) がん患者の心理的不安軽減のために看護師が行う面接について

2013 年の厚生労働省の緩和ケア推進事業において，「いつでも適切に相談支援をうけられるよう，がん看護を専門とする看護師などによる定期的ながん看護外来を運営し，がん患者のカウンセリングを行う」と明記された。これを契機に各施設でがん看護外来の設備が急速化した⁶⁾。その結果，看護師による心理的不安軽減のための面接は，看護外来にて提供されることが多くなってきた。

がん看護外来は，がん看護専門看護師やがん領域の認定看護師が，がん患者・家族のがんに関連した問題から発生した不安や困りごとに対し解決の糸口を見つけられるよう相談にのる場合が多い。がん患者の悩みは，痛みや副作用や後遺症などの身体的苦痛や，落ち込みや不安や恐怖といった精神的苦痛，夫婦や子どもとの関係といった家族の問題，仕事，社会的地位などの社会との関わりに関する問題，収入や治療費，将来の備えといった社会的問題，

医師や看護師との関係性、これからの生き方などの実存的苦痛など多種多様である⁷⁾。これらの悩みは複合的に絡み合い、相談として持ち込まれる場合が多い。そのため、まずは患者の問題を共に整理し、問題を紐解くやりとり、何が不安を生み出しているのかを明らかにしていくプロセスが必要となる。その際に基本的コミュニケーションは必須である。ここでの基本的コミュニケーションとは、患者の訴えを正確に聴き理解する、理解が難しい場合は質問を投げかけてみたり、理解した内容に対する看護師の気持ちや考えを伝えるというような双方向の会話のやりとりのことである⁸⁾。なかには患者自身が問題の本質に気づいていない場合もあるが、基本的コミュニケーションを重ねると自然に問題が整理され、不安の緩和につながることも多々ある。

がん看護外来への相談は、相談に応じる側の看護師にとっても「この状況なら不安を感じるのは当然だろう」や「自分も同じ立場なら不安になるだろう」などのように、“そのような心境になるのは理解できる”と思える不安をかかえた対象者が多いが、なかには不安の程度が強度だったり、不安の内容が不明瞭な相談に出会うこともある。また気持ちの落ち込みが通常より長期間継続していたり、希死念慮を口にする患者に出会うかもしれない。こういった対象者は、精神保健の専門家による介入が必要な精神的問題をかかえている可能性も考えられるため、専門家につなぐことも重要な役割である。

(梅澤志乃, 小野聡子)

文献

- 1) Mellow J. A personal perspective of nursing therapy. Hosp Community Psychiatry 1986; 37: 182-3
- 2) 川名典子. 第Ⅶ章 治療的・発達促進的環境としての看護. がん患者のメンタルケア, pp97-110, 南江堂, 東京, 2014
- 3) National Health Services (NHS) —National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. 2004 <http://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> (2023年1月27日閲覧)
- 4) 内富庸介. がん患者のコンサルテーション. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス (小川朝生, 内富庸介 編). pp13-20, 創造出版, 東京, 2012
- 5) がん患者指導管理料. 診療点数早見表, 医学通信社, pp259-61, 2022
- 6) 柏木夕香. がん患者カウンセリングとがん看護外来. 医学と薬学 2019; 76: 813-9
- 7) 小川朝生. 心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント. 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア (小川朝生, 内富庸介 編). pp36-52, 創造出版, 東京, 2014
- 8) 吉田哲. 看護とカウンセリングⅡ ターミナルケアの場面. pp23-36, メディカ出版, 大阪, 2000

3 心理士の関わり

わが国に存在する数多の心理系の資格のなかでも、社会的な認知度が高い資格として「臨床心理士」が挙げられる。しかし、臨床心理士は国家資格ではないことから、公的な医療制度などには組み入れづらいという問題も長年指摘されていた。このような状況の下、2015年に公認心理師法が国会で成立し同年公布、2017年に施行され、心理士初の国家資格である「公認心理師」が誕生した。公認心理師はチーム医療の一員として診療報酬上も明記されており、医療の一端を担っている。2022年度の診療報酬改定では、「がん患者指導管理料(ロ)」や「療養・就労両立支援指導料」に関して、既存の項目の算定職種に公認心理師が加わり、今後がん医療においても心理士にかかる期待はますます増大すると考えられる。

それでは、心理士はチーム医療のなかで、どのような役割を果たすことができるのだろうか。以下では、チームのなかでその専門性がより発揮されやすい活動について紹介する。

1) 患者を取り巻く医療システムへの関わり

心理士のアセスメントの対象には、患者個人のみならず、患者を取り巻く医療システムも含まれる。心理士は、主治医や病棟からの依頼を受けて動くことが比較的多い。そのような際、まずは依頼のあった経緯や、依頼主は誰で、困っているのは誰なのか（患者が困っているのか、患者への対応に医療者が困っているのかなど）、主治医は患者にどうなってほしいと考えているのか、患者と医療者との関係性および医療者同士の関係性はどうか、などを多角的にアセスメントする。このように、チームや病棟といったシステム全体を俯瞰して捉える視点をもつことは心理士の特徴の一つであり、これがあるからこそ、以下（1）～（3）の活動も可能となる。

（1）コンサルテーション

がん医療の現場で心理士がコンサルタント（相談される側）となる場合、コンサルティ（相談する側）は通常、担当医や病棟看護師など主治医チームである。コンサルタントとしての心理士は、まずはコンサルティがどのようなことにどの程度困っているのかについてアセスメントを行う。そのうえで、場合によっては直接患者や家族と面談することも通して、そこに生じている問題や、コンサルティ（および関係する医療者）と患者・家族との関係性について、アセスメントを行う¹⁾。その後、心理士の立場から理解されたこと（仮説）をコンサルティと共有し、それについてのフィードバックを受けながら対応について提案や推奨を行っていく。その際、心理士が直接的に患者に関わる許可を得たり、協働を提案したりすることもあるが、最終決定権をもつ主役はあくまで主治医チームであることを自覚し、コンサルティの自律性を支えることを意識して関わるのが肝要となる。なお、コンサルテーションの形式としては、病棟などに出向いてコンサルティと話し合うこと以外に、カンファレンスなどの場で見解を伝え、対応に関する助言や提案を行う、といったかたちをとることも多い。

（2）関係の調整

組織・集団に対するアセスメントの視点を活かして、チームや病棟といったシステム、またそのなかでの人間関係の様相を俯瞰し、患者-医療者間や、医療者同士の間などをつなぐ役割も心理士には求められる。それはいわば、コーディネーター的な役割といえる。医療現場では、患者に対する考え方や専門性の違いから、医療者間のコミュニケーションに齟齬が生じたり、役割分担がうまくいかなかったりすることがある。また、医療者側が伝えたと思っていた情報が患者にうまく伝わっておらず、両者の理解に食い違いがみられることもある。それらによって、緩和ケアチームへの介入依頼が遅れる、転院調整が進まない、などの事態もしばしば生じる。そのような際、間に入って今後の対応を整理したり、相互不信感を和らげるよう働きかけたりできるのは、アセスメントやコミュニケーション技法、葛藤のマネジメントなどについて専門的に学んでいる心理士の強みである。また、トラブル発生時のみ

ならず、治療の方向性についての意思決定や、積極的治療の中断に関する話し合いの際などに、患者、家族、医療者の間をうまくとりもち、不要なトラブルの発生を防ぐよう動くことも重要な役割といえる。

(3) 医療者のケア

医療者は、がん患者や家族と同様に、ストレスを強く感じるような多くの状況に直面することが指摘されている^{2,3)}。よって、医療者のバーンアウトや共感疲労などの問題を防ぎ、精神的健康を保つための支援が求められる。そのために、心理士が果たすことのできる役割はいくつかある。予防の観点からは、①日常的に医療者とコミュニケーションをとり、ちょっとした雑談の延長線上として、気がかりについての話を聴くこと、②管理職やチームのメンバーとの話し合いのなかで、心配な様子のスタッフはいないか、いるとすればどのように環境調整や対応を行うかについて一緒に考えること、③デスカンファレンスなどに同席し、医療者個人やチームによる患者への関わり意義を積極的に見出し共有すること、④医療者のメンタルヘルスやストレス予防などに関する研修を担当すること、などが挙げられる。ただし、これらの予防的関わりがうまく機能せず、特定の医療者のメンタルヘルスの問題が顕著になり当人の苦痛が著しい場合、あるいはそのことがチームとしての機能に大きな支障をきたしている場合には、速やかに個別のケアにつなげていく。

2) 患者への関わり

心理士は、患者ががんに伴う心身の負担を軽減できるよう、また可能な限り自身の力で現実に適応できるよう、そしてそれによって全般的なQOLが向上するよう、働きかけを行う。そのような働きかけの中心となるのは、アセスメントと心理的介入である。

がん患者のアセスメントを行う際には、包括的アセスメント（II章7-2を参照）が基本となる。そこでは、問題の背景となりうる主要な要素（身体、精神、社会・経済、心理、実存）について順番に、かつ網羅的に評価していく。また同時に、患者の示す問題が、果たして心理士が介入すべきものか否かの判断も行う。当然ながら、すべての患者が心理士による支援や介入を必要としているわけではなく、さらには、重篤な精神症状が疑われるなど、心理的介入がかえって患者の精神的健康を損なう恐れのある場合もある。そのようなケースを見極め、速やかに精神腫瘍医などにつなぐことができることも、心理士にとって必須の技能であろう。

包括的アセスメントを行ったうえで、患者に対する心理士の介入が適切かつ可能と判断された場合には、必要に応じたケース・フォーミュレーションを行う。それは、アセスメントを通して得られた生物・心理・社会的な情報をもとに、患者の困難がどのように関連し合っているのか、また患者がなぜそのタイミングと状況で困難を示しているのかについて、主には心理学の理論や原理を用いて仮説を立て、それに基づく方針へとつなげていく⁴⁾ことを指す。さらにそのような仮説は、介入の結果により常に修正され続け、次の介入へとつながられる。このような「仮説」および「過程」を定期的にチーム全体で共有することにより、チーム内での患者の理解や方針の明確化が促進される。

介入の方法としては、個人もしくは集団を対象としたカウンセリングや精神療法（心理療

法、サイコセラピー)が主となる(精神療法の詳細については、Ⅱ章9-Aを参照)。とはいえ、がん医療の現場では、面接室や時間といった「枠」を重視しての一般的な心理面接を実施する機会は少ない。ベッドサイドや相部屋のカーテンの奥で、時にはICUにて気管内挿管された患者とジェスチャーや文字盤を交えて、状況や病状を考慮しつつ臨機応変な対応を行う。

以上、チームのなかで心理士の専門性が発揮されやすい活動および内容について概説したが、これらの活動のすべては「コミュニケーションによる相互作用」を通して実現され、よってその技能は心理士にとって必須となる。また、活動のための土台づくりとして、医療者たちに心理士の存在や顔を知ってもらうことや、日頃から何気ないコミュニケーションを心がけ、気軽に相談してもらえる雰囲気づくりをしておくことが望ましい。最後に、心理士としての専門性はしっかりと認識しつつも、いざというときには、状況に応じて自らの専門的知識と技能を棚上げできるということも、専門性として要求される⁵⁾。そのような柔軟性こそが、チーム医療のなかで働く心理士としては何より重要であろう。

(福森崇貴)

文献

- 1) 平井啓. 精神・心理的コンサルテーション活動の構造と機能. 総病精医 2016; 28: 310-7
- 2) Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, et al. Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. J Health Psychol 2009; 14: 267-77
- 3) Fukumori T, Miyazaki A, Takaba C, et al. Traumatic events among cancer patients that lead to compassion fatigue in nurses: a qualitative study. J Pain Symptom Manage 2020; 59: 254-60
- 4) Johnstone L, Dallos R. Introduction to formulation. In Johnstone L, Dallos R, eds. Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems. Routledge, 2014
- 5) 小川朝生. がん患者の「からだ」と「こころ」. からだの病気のこころのケアチーム医療に活かす心理職の専門性 (鈴木伸一 編). pp18-29, 北大路書房, 京都, 2016

4

病院管理者の立場からみた病院組織としての関わり

本項の領域は、先行研究に乏しい。また、わが国と外国の医療制度の違いなどもあることから、諸外国のやり方をそのまま導入することは難しい。その点において、エビデンスを重視する“ガイドライン”としてはなじまない領域だと思われる。

その一方で、がん患者の精神・心理的問題(精神的苦痛)の軽減には、病院組織として、また病院管理者の立場から取り組む余地は大いにあり、その点では重要な視点であるともいえる。

病院管理者の立場から、がん患者の精神的苦痛を組織として考える場合は、まずは、がんに関連する法律や規則などを知ることが大切である。

がんについては、「がん対策基本法」(平成18年法律第98号)¹⁾と、その規定に基づき閣議決定された「がん対策推進基本計画」(以下、がん計画)²⁾が整備されている。さらに、がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)制度における「拠点病院等の整備に関する指針」(以下、指針)³⁾が、病院管理者として具体的に何をすることが好ましいのかの道しるべとなる。

2016年12月に改正されたがん対策基本法では、第15条で緩和ケアの専門的な知識及び技

能を有する医師その他の医療従事者の育成を、第17条でがん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすることを、国及び地方公共団体の義務としている。

2023年3月に閣議決定された第4期がん計画では、緩和ケアについての取り組むべき施策として、①がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進すること、②がんの診断時は、精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援が全ての医療従事者により提供され、また、必要に応じて緩和ケアチームとの速やかな連携が図られるよう必要な体制の整備を推進すること、が記されている。

拠点病院制度は2001年度に発足し、その後はがん対策基本法やがん計画を具現化するものとして整備が進んできた。現在は、2022年8月に改訂された指針に基づき、その指定が厚生労働省によって行われている。指針はあくまでも拠点病院等において義務及び努力目標とされているものではあるが、冒頭にも記したように、がん患者の精神的苦痛の軽減のための病院組織的なエビデンスがほほない状況において、すべての病院管理者にとって、病院組織としての対応を考える時に拠り所とすべきものの一つである。

がん患者の精神的苦痛の軽減のために、病院管理者として図るべき具体的な方策を、指針を参考に、以下に示す。

1) 緩和ケアチームを組織する

緩和ケアに興味のある複数以上の医師、看護師と薬剤師がいれば、とりあえず緩和ケアチーム（以下、チーム）は結成できる。専門資格をもっていなくても、まずは緩和ケア研修会修了者であればよしとする。ただし、可能であれば、精神科医もしくは心療内科医が当初から入っていた方が、がん患者の精神的苦痛の軽減のためには効果的である。もし人材が院内に乏しい場合は、病院管理者が指名することも1つの手である。

さらに、心理士、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション専門職（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）、管理栄養士などを加えていく。この場合も、チームの立ち上げ時に病院管理者がイニシアチブをとる方がよいと思われる。

そのうえで、病院管理者として、チームの役割などを病院内で明確に位置づけることが必要であり、そのことを他の医療者に周知し、理解させることが重要である。

次に、それらの医療者に専門資格を取得させるか、あるいは専門資格をもった医療者に引き継がせることを図る。

具体的には、精神症状の緩和の担当医は日本サイコオンコロジー学会登録医、身体症状の緩和の担当医は日本緩和医療学会認定医、同専門医、同指導医が好ましい。これら資格をもつ医師の絶対数が少ないため、自院で養成を図り、資格を取得させることを病院管理者が図ることが必要である。

同様に、薬剤師は緩和薬物療法認定薬剤師またはがん専門薬剤師、看護師は緩和ケア認定看護師またはがん専門看護師、心理士は臨床心理士または公認心理師、医療ソーシャルワーカーは社会福祉士または精神保健福祉士の資格をもつ人材が望ましい。

これらの人材は、初期段階では非常勤であってもよいが、病院管理者の経営的努力も含めて、速やかに常勤化、専任化する必要があり、最終的には専従とするのが望ましい。

2) 担当医や看護師による精神的苦痛の評価と初期対応を定着させる

チームがみることができ人数には限界があるため、がん患者の精神的苦痛の軽減のためには、担当医や担当看護師の果たす役割が大きい。しかし、チームに任せきりの病院も多い。病院管理者としては、精神的苦痛の評価と初期対応は担当医の役割であることを明確化し、他の医療者にも周知し、理解させることが重要である。

そのうえで、初診時、入院時、初回治療開始時、外来化学療法室初回利用時など、経時的に、精神的苦痛をはじめとする緩和に関するスクリーニングを担当医または看護師により行い、評価し、初期対応を行うことを定着させることが必要である。さらに、外来患者は受診ごと、入院患者は毎日、精神的苦痛をはじめとする緩和に関する症状を聞き取りすることが望ましい。

病院管理者は、①これらの評価、②評価の共有、③担当医による迅速な初期対応、④担当医による対応が難しい場合または初期対応が効果を示せなかった場合のチームへの速やかな紹介、が病院の共通認識になるように努めることが責務である。

3) がん患者の自殺対策を講じる

病院管理者としては、がん患者の精神的苦痛の軽減を図るとともに、病院組織として自殺対策を講じることが必須である。

具体的には、がん患者の自殺リスクに対し、外来患者と入院患者向けに個別に院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくことが必要である。また、①関係職種に情報共有を行う体制を構築していること、②自施設に精神科、心療内科などがいない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していることが求められる。

以上、病院管理者の立場から、病院組織として、がん患者の精神・心理的問題（精神的苦痛）の軽減をどのように図るのかについて、特に指針を参考に具体的に述べた。

今後は、がん患者の精神・心理的問題を含む緩和ケア領域における医療機関の組織体制に関する研究が進み、エビデンスに拠りこの項が執筆できるようになることを期待する。

(増田昌人)

■ 文 献

- 1) がん対策基本法 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataTyoe=0&pageNo=1 (2024年2月29日閲覧)
- 2) がん対策推進基本計画 令和5年3月 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001138884.pdf> (2024年2月29日閲覧)
- 3) がん診療連携拠点病院等の整備について <https://www.mhlw.go.jp/content/000972176.pdf> (2024年2月29日閲覧)

コラム11

医療者カンファレンス(多職種カンファレンス)の開催方法

1 医療者カンファレンスとは何か

一口に医療者カンファレンスといっても、さまざまな目的や形態があるが、緩和ケア・サイコオンコロジー領域において一般的なカンファレンスは、多職種カンファレンスであろう。

多職種カンファレンスは、医師、心理士、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、歯科医・歯科衛生士、ソーシャルワーカーなど一人の患者に関わるさまざまなスタッフが参加し、がん患者・家族の医学的問題だけではなく、心理・社会的問題など、いわゆる全人的苦痛（トータルペイン）を解決するために行う。

2 多職種カンファレンスの目的

多職種カンファレンスの目的は大きく分けて、以下の3つであると考えられる。

- ①治療・ケアの質の向上
- ②医療者間のコミュニケーションの強化—治療・ケアの共有
- ③教育的側面

3 カンファレンスの種類

カンファレンスの種類には大きく分けて以下の3つがある。

- ①定期的カンファレンス
- ②不定期（臨時）カンファレンス¹⁾
- ③ウォーキングカンファレンス²⁾

このうち③のウォーキングカンファレンスは、例えば緩和ケアチームが病棟に回診に行った時、病棟の看護師、主治医とその場で治療・ケアの共有を行い、緩和ケアチームの意見も伝える、などを指す。迅速で効果的な対応が可能になるので、筆者は頻繁に行っている。

4 カンファレンスの進め方

不定期カンファレンスについて、筆者が所属する緩和ケアチームが行っている進め方を紹介する。

不定期カンファレンスを行うのは、①患者・家族の問題点が多岐にわたり複雑化し、何が問題なのかがわからない時、②医療者間のコミュニケーションがうまくいっていないようにみえる時、③今後の医療・ケアの方針が不明確な時、④倫理的な問題がある時、などである。

具体的には、緩和ケアチームがハブとなり関係者に連絡をとり、時間・場所の設定をし、司会も行う。司会者の役割としては、①参加者（できれば出席者全員）の意見をしっかり聞く、②意見交換がテーマに沿っているか精査する、③時間の管理を徹底する、④カンファレンスのゴール設定の共有、の4つがあり、特に④が重要である。カンファレンスのゴールを常に念頭に置いておかなければ、カンファレンス自体が迷走しかねないからである。

カンファレンスでは、「医学的なこと」「患者さん自身の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つに分けて抽出していく臨床倫理4分割法を使用することが多い。カンファレンスの注意点とし

ては、当事者の誰かを叱責するような場にさせないことである。カンファレンスでは常に全体をみて建設的に議論を行い、個人への意見、フィードバックなどは、カンファレンス後に個別に行うなどの工夫も重要である。

以上、多職種カンファレンスについて述べた。日々の診療で、多種多様なスタッフがカンファレンスを通じてチームとして向上し、より良いパフォーマンスを発揮されることを期待する。

(四宮敏章)

■ 文 献

- 1) 水村純子, 吉本照子, 緒方泰子. 一地域包括支援センターにおける包括的ケアに向けたケースカンファレンスの基準づくり. 保健医療科 2014; 63: 150-8
- 2) 越智崇, 真田奈美, 旗手みちる, 他. ウォーキングカンファレンス導入後の成果と課題. 尾道市民病医誌 2021; 34: 33-9



Ⅲ章 臨床疑問



■ 臨床疑問の推奨における留意点 ■

本ガイドラインの臨床疑問では、「閾値以上の気持ちのつらさ」に対する各介入の推奨度を検討した。各臨床疑問に共通する点として、「閾値以上の気持ちのつらさ」という用語の定義と、アウトカムの優先順位について説明する。

[各臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」とは？]

がんの罹患に伴って精神心理的反応が生じることは一般的なことであり、すべての患者に対して「気持ちのつらさに対する全般的な対応」を心がけるべきである。そのうえでなお、臨床的に問題となるような気持ちのつらさを有する患者に対して、より強度の高い介入を検討する〔Ⅱ章-6「「気持ちのつらさ」のケアの概略」(P96)を参照〕。

精神心理臨床では、そのような介入を要する患者のトリアージを、精神医学的診断をもって行うことが一般的であるが、本ガイドラインはがん医療に携わるすべての医療者を広く使用者として想定しており、介入の対象者を精神医学的診断によって定義すると、本ガイドラインに基づく臨床実践が困難となることが危惧された。

そこで、本ガイドラインでは、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、といった状態を「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する患者像として設定した。そこで、各臨床疑問で行ったシステマティックレビューにおいては、研究参加者が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）以上の状態であること、あるいは精神疾患の診断基準を満たす状態などと定義されていること、という文献包含基準を設けた（図1）。

なお、がん再発恐怖（臨床疑問8および9）については、その診断基準は定まっておらず、閾値という概念も確立していないことから、閾値設定を行わなかった。

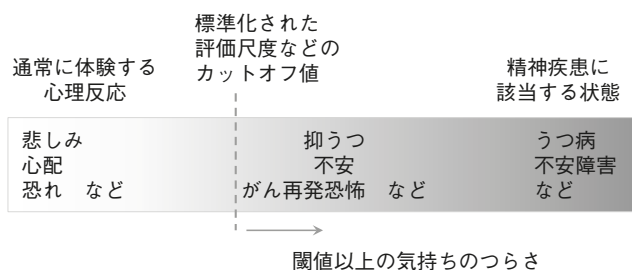


図1 気持ちのつらさのスペクトラムと「閾値以上の気持ちのつらさ」(再掲)

〔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〕

〔各臨床疑問におけるアウトカムの優先順位〕

「気持ちのつらさ」に包含される中核的な精神症状として、抑うつと不安がある。抑うつとは、喪失体験などを契機として正常範囲を超えた悲しみが続く状態であり、不安とは将来の不確実な脅威に対する漠然とした未分化な恐れが感情が続く状態を指す〔Ⅱ章-2「気持ちのつらさの定義と症状」(P13～18) 参照〕。このように抑うつと不安は独立した概念であり、精神心理学的介入においては、それらを鑑別したうえで症状に応じた介入を行う。しかし、がん医療に携わる医療者にとって、それらの鑑別はしばしば困難であり、また抑うつと不安は併存していることも多いことから、各臨床疑問におけるアウトカムを指す言葉としては「気持ちのつらさ」という包括的概念を用いた。

一方で、がん医療においては特に抑うつに関する知見が集積されており、頻度の高さや、患者のQOLに対する大きな悪影響などが知られていることから、各臨床疑問における推奨作成過程においては、抑うつ、不安の順にアウトカムの優先順位を設定した。研究によっては、心理的苦痛を測定する評価尺度を用いて「全般的な気持ちのつらさ」をアウトカムとして測定しているものもあったが、抑うつや不安と比較するとその概念が漠然としていることから、抑うつ、不安に次ぐ優先順位とした。

最終的には、どの臨床疑問においても、これらのアウトカムの改善のほか、気持ちのつらさと関係が深いQOLなどの指標も考慮して、総合的に推奨を判断した。

(藤澤大介, 奥山 徹)

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？

▶ 推奨文

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を提案する。

ただし、本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案して個別的なケアも検討し、抗不安薬を使用する場合もこれらと組み合わせることが望ましい。

また、長期的な使用は避けることが望ましい。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として抗不安薬を使用する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

本臨床疑問で対象とした介入は、抗不安薬による薬物療法である。抗不安作用をもつ薬剤には、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、セロトニン作動性抗不安薬、抗ヒスタミン薬のヒドロキシジンなどがあり、それらを広く検索の対象とした。その結果、本臨床疑問に関連する研究は、ベンゾジアゼピン系抗不安薬のみであった。抗不安薬には多くの種類があり、その特性や使用上の注意点についてはⅡ章-8「薬物療法」（P115）を参照されたい。

本臨床疑問に関するベンゾジアゼピン系抗不安薬の知見は限定的であったが、ベンゾジアゼピン系抗不安薬はわが国において、うつ病や心身症、神経症における不安、緊張、抑うつ、睡眠障害などを適応症としており、本推奨文は、そのような目的で抗不安薬を使用することを妨げるものではない。

介入の前提として、Ⅱ章-7にある「すべての医療者が実践すべき対応」を実施すること。

●採用文献の概要

本臨床疑問に関するシステマティックレビューの結果、システマティックレビュー論文2件、ランダム化比較試験2件（二重盲検ランダム化比較試験1件、非盲検ランダム化比較試験1件）を採用した。なお、文献検索を行うにあたり、本臨床疑問の対象患者を、がん患者の気持ちのつらさのうち、操作的診断基準で不安障害や抑うつ障害群などの診断がつくもの、もしくはHospital Anxiety and Depression Scale（HADS）やHamilton Anxiety Scale（HAM-A）、Hamilton Depression Scale（HAM-D）などの不安や抑うつのスケールがカットオフ値以上であるなど、いわゆる閾値以上の気持ちのつらさを有する患者とした。本臨床疑問のアウトカムとして、不安、抑うつ、全般的な気持ちのつらさ、生活の質（quality of life：QOL）、

生存を評価したが、該当した研究は、不安、抑うつをアウトカムに設定した研究のみであった。

Salt ら¹⁾は、緩和ケアを受けている成人の不安症状に対する薬物療法の効果の検討を目的にシステマティックレビューを行った。しかし、包含基準を満たす研究はなく、結論を導くためのエビデンスは得られなかった。抗不安薬の効果を検証した研究もなかった。Ng ら²⁾は、がん患者を対象としたうつ病の薬物療法の有用性を検討することを目的にシステマティックレビューを行い、抗不安薬については後述する Holland らの論文だけが包含された。

Wald ら³⁾は、入院および外来のがん患者のうち、DSM-Ⅲで全般性不安障害、パニック障害、不安を伴う適応障害のいずれかを満たす患者 36 名を対象に、プラセボ群とアルプラゾラム群に割り付けた二重盲検ランダム化比較試験を行い、1 週間ごとに 4 週間まで比較した。その結果、両群とも最初の 1 週間で不安、抑うつとも有意に低下したが両群間に有意差はなく、4 週間まで同様であったことから、アルプラゾラムの有用性は示されなかった。アルプラゾラムの副作用は一過性の眠気や倦怠感であった。

Holland ら⁴⁾は不安や抑うつスケールの値がカットオフ値以上（COVI Anxiety Scale または Raskin Depression Scale が 6 点以上）のがん患者を対象として、アルプラゾラム群と漸進的筋弛緩法群に割り付け、10 日目に不安や抑うつが軽減しているかを非盲検ランダム化比較試験で検証した。174 名が参加して 147 名が治療を完遂し、両群において、介入前と比較して介入後で不安や抑うつは有意に改善した。著者らは、アルプラゾラム群は漸進的筋弛緩法群に比べて不安や抑うつ改善度が大きく、アルプラゾラムが漸進的筋弛緩法よりも有効であるとしたが、それに関する詳細な統計学的検討は記述されていなかった。アルプラゾラムの副作用として眠気や会話の緩慢さがあり、一部の患者で治療中断や減量を要した。

●解説

がん患者の気持ちのつらさに対するベンゾジアゼピン系抗不安薬の効果について調べた研究は少なく、プラセボとの有意差を認めない小規模なランダム化比較試験が 1 件と、漸進的筋弛緩法を対照としてアルプラゾラムの優位性を示唆する Holland らの非盲検ランダム化比較試験が 1 件あるのみで、その有用性を支持するエビデンスは極めて弱いものであった。漸進的筋弛緩法を含むリラクセーション法については、自覚的な抑うつ症状に対して、治療しない状況や最小限の治療に比べて有効性を示すメタアナリシスが存在する^{a)}。よって、Holland らの研究はプラセボ対照比較試験ではないものの、プラセボと同等かそれ以上の効果を有する漸進的筋弛緩法との比較であるため、アルプラゾラムが不安・抑うつに有効と考えた。

上記以外には、観察研究を含めても本臨床疑問に合致する研究はなかった。また、セロトニン作動性抗不安薬や抗ヒスタミン薬のヒドロキシジンと、がん患者の気持ちのつらさに関する研究も存在しなかった。

以上のように、がん患者の気持ちのつらさに対する抗不安薬の効果を調べた研究は乏しい。

一方、ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、わが国の薬剤添付文書上、うつ病や心身症、神経症における不安、緊張、抑うつ、睡眠障害などを適応症としている。また、がん患者に限定しない、不安症状や抑うつ症状を呈する精神疾患に対して、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の有効性が以下の通り示唆されている。

うつ病性障害におけるベンゾジアゼピン系抗不安薬の効果に関する 38 件のランダム化比較試験のシステマティックレビューや^{b)}、アルプラゾラムのうつ病に対する効果を調べた 21 件のランダム化比較試験のシステマティックレビューでは^{c)}、ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、短期的にはプラセボより有意な効果、および、三環系抗うつ薬と同等の効果を示し、不安を伴ううつ病の治療選択肢となりうることが示唆された。一方で、ベンゾジアゼピン系薬は、過鎮静、健忘、認知障害などの副作用や、乱用や依存のリスクのため、長期使用を避け一時的な使用にするべきとされた。また、これらの効果が抗うつ作用によるものか、非特異的な催眠作用や抗不安作用によるものかは結論が出ないとしている^{c)}。

適応障害に対する薬物療法の 29 件の論文のシステマティックレビューでは^{d)}、ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、抗うつ薬、精神療法（心理療法、サイコセラピー）と同等に抑うつ症状やトラウマ関連症状のスコアを改善させることが示されたが、一方で時間経過による自然な改善の可能性も指摘されている。

全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害などの不安障害群に対する薬物療法のシステマティックレビューやメタアナリシスにおいても^{e-g)}、ベンゾジアゼピン系抗不安薬は不安症状を改善させたが、依存や乱用のリスク、アルコールなどとの相互作用、認知機能低下など忍容性の点から、その使用は限定的にすべきとされている。

以上から、本ガイドラインでは、がん患者におけるエビデンスは乏しいものの、一般の精神疾患に関するエビデンスも加味し、がん患者における閾値以上の気持ちのつらさに対して、抗不安薬を投与することを提案する、とした。ただし、抗不安薬については、眠気、倦怠感、過鎮静、転倒、健忘、認知機能低下などの有害事象や、長期使用による依存や耐性のリスクが指摘されていることから、安易な使用は避け、使用する場合も漫然と投与せず短期間の限定的な使用とすることとした。また、基本的な支持的コミュニケーションを行ったうえで、精神療法を含む、より推奨度が高くエビデンスが確実な介入を優先的に検討し、抗不安薬を使用する場合もこれらと組み合わせることが望ましい。

これらの付記には、後述する国外のガイドラインにおける推奨も考慮した。

1) 益と害のバランス

がん患者の気持ちのつらさに対する抗不安薬の益として、不安や抑うつを軽減させることが弱く示された。害として眠気や倦怠感の可能性が示唆された。がん患者以外の不安や抑うつを呈する精神疾患に対する抗不安薬の益として、不安や抑うつ改善への効果があるとされた。害として、眠気、倦怠感、過鎮静、転倒、健忘、認知機能低下、長期的には乱用や依存のリスクが挙げられた。よって、抗不安薬の投与は短期的には不安や抑うつに対する益があるが、長期的には害が上回るため、使用は必要時の短期間にとどめるべきと考える。

また、ベンゾジアゼピン系薬はせん妄を惹起・悪化させる可能性が指摘されており、特に進行終末期のがん患者においては、せん妄の有病率が高まるため^{h)}、せん妄のリスクを考慮して使用する必要がある。

2) 患者の価値観・希望

多くの患者は不安や抑うつなどの気持ちのつらさをできるだけ速やかに改善したいと考え

る一方で、一部の患者は向精神薬の使用をためらう場合もある。そのため、個々の患者にとっての益と害や、価値観に沿って検討する必要がある。

3) コスト・臨床適応性

抗不安薬は比較的安価な薬剤であり、ほとんどの医療機関で採用されているため、新たな資源投入は必要ないと考える。また、心身症や神経症の不安症状などに適応があり、多くの医療者が処方経験をもつことから、実施も容易である。以上から、医療者が適切な評価・診断のもと、副作用モニタリングを行い、必要期間のみ使用することで臨床適応性は高いと考える。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネジメントに関するガイドライン」では、不安や抑うつに対する一次治療は種々の精神療法や心理社会的介入であり、薬物療法は単独でも併用でも一次治療としては推奨されないこと、抗不安薬は第一選択の治療法が無効もしくはこれらにアクセスできない場合や、患者が薬物療法を希望する場合にのみ、短期間に限定して使用すべきとしておりⁱ⁾、安易な使用に警鐘を鳴らしている。

一方、欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）の「成人がん患者の不安と抑うつに関する臨床ガイドライン」では、がん患者に対する抗不安薬の使用に関する研究が乏しいことに言及したうえで、中等症や重症の不安に対しては、専門家の介入のもとで抗不安薬を含めた薬物療法と精神療法の統合的ケアを推奨している^{j)}。

5) 実施に関わる検討事項

抗不安薬は日常診療において広く使用されており、比較的效果発現が早いという特徴があるが、ベンゾジアゼピン系薬については転倒やふらつき、過鎮静、認知機能障害などの副作用や、依存や耐性形成の観点から長期に漫然と使用することに警鐘が鳴らされている。また、ベンゾジアゼピン系薬がせん妄のリスクを高めることや、全身状態の悪い患者や術後の患者、進行終末期の患者ではせん妄のリスクが高まることが指摘されている^{h)}。

よって、本ガイドラインでは、抗不安薬の処方の際には副作用モニタリングを行い、患者の身体状況や病期にも配慮して必要時の限定的な使用にとどめるべきと考える。

6) 今後の研究可能性

がん患者の気持ちのつらさに対して、抗不安薬単剤とプラセボを比較したランダム化比較試験は非常に少なく、がん患者における、操作的診断基準で診断されたうつ病、不安障害、適応障害や、閾値以上の抑うつ症状、不安症状、気持ちのつらさに対する抗不安薬の有効性、および忍容性に関する研究が必要である。

不安症状は、正常な心理反応としての不安から、精神医学的な治療を必要とする症状まで幅広い。そのため、がん患者において薬物療法の適応となる不安の評価やリスク因子に関する研究が必要である。

さらに、QOLの向上はがん医療における重要なアウトカムであり、抗不安薬の使用が、がん患者や家族のQOLに及ぼす効果の検証も重要である。

(倉田明子, 小早川誠, 荒井幸子)

文献

- 1) Salt S, Mulvaney CA, Preston NJ. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD004596
- 2) Ng CG, Boks MP, Zainal NZ, et al. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord* 2011; 131: 1-7
- 3) Wald TG, Kathol RG, Noyes R Jr, et al. Rapid relief of anxiety in cancer patients with both alprazolam and placebo. *Psychosomatics* 1993; 34: 324-32
- 4) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1004-11

参考文献

- a) Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD007142
- b) Benasi G, Guidi J, Offidani E, et al. Benzodiazepines as a monotherapy in depressive disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2018; 87: 65-74
- c) van Marwijk H, Allick G, Wegman F, et al. Alprazolam for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD007139
- d) O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, et al. A systematic review of psychological and pharmacological treatments for adjustment disorder in adults. *J Trauma Stress* 2018; 31: 321-31
- e) Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, et al. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 393(10173): 768-77
- f) Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: CD001206
- g) Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022; 376: e066084
- h) 日本サイコオンコロジー学会, 日本がんサポートティブケア学会 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, 東京, 2022
- i) 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
- j) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155

【臨床疑問1】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Salt, et al. 2017 ¹⁾	システマティックレビュー	・18歳以上の緩和ケアを受けている患者 ・HAM-Aなどの精神心理スケールで正常以上の不安症状が存在、もしくはICDやDSMにより不安障害、強迫性障害、適応障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)など診断 ・10件の研究	不安に対する薬物療法：5-HT ₃ 拮抗薬、抗うつ薬、定型/非定型抗精神病薬など	プラセボ、他の薬物療法、非薬物療法	・不安：HAM-A, SCL-90, ABS, DIS, HADS, ESAS, STAS, BAI, STAI など ・抑うつ：HADS, BDI など	・10件の研究のうち、8件は以下の理由により除外：ランダム化比較試験でない2件、患者基準が違う5件、研究が中断1件 ・残り2件の研究は未完成で、基準に合致する研究なし ・抗不安薬について調査した研究もなし	
Ng, et al. 2011 ²⁾	システマティックレビュー	・成人がん患者 ・構造化面接でうつ病と診断 ・8件の研究	向精神薬による薬物療法：抗うつ薬、精神刺激薬、抗不安薬	プラセボ、他の確立された治療法	抑うつ：HAM-D, MADRS, HADS, SCI-90, ABS, ZSRDS	・抗不安薬による介入は後述するHolland論文のみ ・5件は抗うつ薬とプラセボの比較試験で、うちミアンセリンの介入研究2件で有意に改善、3件は有意差なし	
Wald, et al. 1993 ³⁾	ランダム化比較試験(二重盲検)	・16歳以上、治療中のがん患者 ・HADSの不安サブスケール6点以上で、HAM-A 7点以上かつ、DSM-IIIで全般性不安障害、パニック障害、不安を伴う適応障害のいずれかを満たす ・36名	・アルプラゾラム(平均1.2±0.8mg/日)4週間投与 ・18名	・プラセボ4週間投与 ・18名	・不安：HAM-A, SCL-90の不安と身体症状のサブスケール ・抑うつ：HAM-D, BDI ・不安や抑うつの全般的評価：GRS ・評価時期：1週ごとに4週まで	・不安：両群で、HAM-A (P=0.54, 95%CI記載なし), SCL-90 (P=0.377, 95%CI記載なし)に有意差なし ・抑うつ：両群で、HAM-D (P=0.43, 95%CI記載なし), BDI (詳細データ記載なし), GRS (P=0.875, 95%CI記載なし)に有意差なし	・両群とも介入前に比べて最初の1週間で有意にHAM-A, HAM-Dとも低下、4週後まで有意に改善 (P<0.0001) ・副作用報告はアルプラゾラム群4名、プラセボ群3名で、アルプラゾラム群はいずれも倦怠感、眠気だが継続使用にて消失。プラセボ群3名のうち2名が倦怠感、眠気にて脱落 ・脱落は両群3名ずつで差なし

(つづく)

【臨床疑問1】 つづき

著者	研究 デザイン	対象	方法		結果	その他
			介入	対照		
Holland, et al. 1991 ⁴⁾	ランダム化比較試験（非盲検）	・18～70歳で Karnofsky performance scale 60 点以上に保たれている治療中のがん患者 ・COVI Anxiety Scale または Raskin Depression Scale で6点以上 ・174 名	アルプラゾラム (0.5 mg×3回/日) 10 日間投与	漸進的筋弛緩法 (1 日 3 回) 10 日間	不安：アルプラゾラム群で、HAM-A (P=0.04, 95%CI記載なし), ABS の不安サブスケール (P=0.02, 95%CI記載なし) で有意に改善。SCL-90 の不安サブスケールは有意差なし (統計値記載なし) ・抑うつ：アルプラゾラム群で、HAM-D (P=0.08, 95%CI記載なし) で有意な傾向, ABS の抑うつサブスケール (P=0.04, 95%CI記載なし) で有意に改善。SCL-90 の抑うつサブスケールは有意差なし (統計値記載なし)	・両群とも治療前後で有意にすべてのスコアは改善 (P<0.001, 95%CI記載なし) ・アルプラゾラム群 17 名, 漸進的筋弛緩群 10 名が脱落 ・アルプラゾラム群のうち, 眠気や過鎮静, 過会話の緩慢さのため 5 名が減量, 6 名が脱落

ABS : Affect Balance Scale, BAI : Beck Anxiety Inventory, BDI : Beck Depression Inventory, DIS : Diagnostic Interview Schedule, ESAS : Edmonton Symptom Assessment System, HADS : Hospital Anxiety and depression Scale, HAM-A : Hamilton Anxiety Scale, MADRS : Montgomery and Asberg Depression Scale, SCL-90 : Symptom Checklist 90, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, STAS : Support Team Assessment Schedule, ZSRDS : Zung Self-Rating Depression Scale

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？

▶ 推奨文

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、うつ病などの診断に相当すれば、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を提案する。抗うつ薬の使用にあたっては、実施に関わる検討事項を十分に理解し、必要に応じて精神保健の専門家に相談することが望ましい。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：C（弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）、抗うつ薬についてはⅡ章-8「薬物療法」（P115）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として抗うつ薬を使用する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

本臨床疑問で対象とした介入は、抗うつ薬による薬物療法である。抗うつ薬はわが国において、うつ病・うつ状態、不安障害、強迫性障害、痛みなどを適応症としており、本臨床疑問・推奨文は、そのような目的で抗うつ薬を使用することを妨げるものではない。抗うつ薬には多くの種類があり、その特性や使用上の注意点についてはⅡ章-8「薬物療法」（P115）を参照されたい。

介入の前提として、Ⅱ章-7にある「すべての医療者が実践すべき対応」を実施すること。

●採用文献の概要

本臨床疑問に関するシステマティックレビューの結果、2件のシステマティックレビュー^{1,2)}と6件のランダム化比較試験³⁻⁸⁾を採用した。

採用した2件のシステマティックレビューのうち、Ostuzzi ら¹⁾の研究は、がん患者におけるうつ状態（うつ病または適応障害の診断、もしくは、妥当性のある尺度でうつ状態と評価）に対する抗うつ薬の有効性を検討したものである。Beever ら²⁾の研究は、脳腫瘍を有する患者における薬物療法の有効性を検討したものであるが、包含基準を満たす研究は認められなかった。

本臨床疑問に関するシステマティックレビューに包含された6件のランダム化比較試験³⁻⁸⁾は、すべて Ostuzzi らのシステマティックレビューに包含されていた。続いて各研究の概要について述べる。

Costa ら³⁾は、乳がんおよび婦人科がん患者で、うつ病と診断された73名を2群に分け、36名がミアンセリン、37名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。4週間でミ

アンセリン群 36 名中 7 名が治療を中断し、プラセボ群 37 名中 15 名が治療を中断した。ミアンセリン群は、プラセボ群と比較して、ハミルトンうつ尺度^{*1}の総点数の改善度が有意に大きかった。

Heeringen ら⁴⁾は、Stage I か II の乳がん患者で、うつ病と診断された 55 名を 2 群に分け、28 名がミアンセリン、27 名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。6 週間でミアンセリン群 28 名中 6 名が治療を中断し、プラセボ群 27 名中 15 名が治療を中断した。ミアンセリン群は、プラセボ群と比較して、ハミルトンうつ尺度の総点数の改善度が有意に大きかった。さらにハミルトンうつ尺度で 50% 以上数値が改善した患者の割合は、ミアンセリン群がプラセボ群と比較して有意に大きかった。

Razavi ら⁵⁾は、女性のがん患者（主に婦人科がん、乳がん、血液がん）で、うつ病か適応障害を有する 91 名を 2 群に分け、45 名が fluoxetine、46 名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。HADS および Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS)^{*2}において、2 群間の統計学的有意差を認めなかった。両尺度が 50% 以上改善した割合についても統計学的有意差を認めなかった。

Musselman ら⁶⁾は、女性乳がん患者で、うつ病か適応障害のある 35 名を 3 群に分け、11 名がデシプラミン、13 名がパロキセチン、11 名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。ハミルトンうつ尺度において、尺度の総得点の改善度、および、50% 以上数値が改善した割合において、3 群間で有意差を認めなかった。ハミルトン不安尺度を用いた不安の程度についても抗うつ薬とプラセボの差を認めなかった。なお、研究に参加した 35 名中 14 名が治療を中断した。

Navari ら⁷⁾は、Stage I か II の乳がん患者で、2 問の質問法で軽度の気持ちのつらさを有する状態と考えられたがん患者を 2 群に分け、90 名が fluoxetine、90 名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。うつ病の診断のある場合は対象から除かれた。この研究の主要アウトカムは QOL であり、うつ症状への効果は副次アウトカムであった。同論文は、24 週後に QOL の指標である Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)^{*3}およびうつの指標である Zung Self-rating Depression Scale (SDS)^{*4}で、統計学的に有意に改善した患者の割合が高かったのは抗うつ薬を使用した群だったと記述しているが、各尺度の具体的な数値や統計値（有意性を示す根拠）の記載は論文上でみられなかったため、どの程度の数値の変化なのか不明である。

Fisch ら⁸⁾は、前述の Navari らと同様に 2 問の質問法で軽度の気持ちのつらさを有すると考えられる外来患者を対象に、83 名が fluoxetine、80 名がプラセボを使用するランダム化比較試験を行った。うつ病または適応障害の診断のある患者は除外された。対象は、生命予後が

*1：ハミルトンうつ尺度 (Hamilton Depression Rating Scale)

17 項目あるいは 21 項目の総点数を評価し、高いほどうつ状態は重い。

*2：MADRS (Montgomery and Asberg Depression Scale)

総点数が高いほどうつ状態は重い。

*3：FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General)

健康関連の QOL を 27 項目で測定。総点数が高いほど QOL はよい。

*4：SDS (Zung Self-rating Depression Scale)

総点数が高いほどうつ状態は重い。短縮版 (BZSDS) もある。

3～24 カ月と予測される進行がん患者で、緩和ケア主体の治療を受ける患者も含まれた。12 週間で、fluoxetine 群 83 名中 19 名が治療を中断し、プラセボ群 80 名中 15 名が治療を中断した。FACT-G, SDS を用いてそれぞれ QOL とうつ症状を評価した。回帰分析によれば、fluoxetine の使用が FACT-G や SDS の変化に寄与していた。fluoxetine 群とプラセボ群の群間差はわずかで、研究計画時に想定していた臨床的に有意な改善度には至らなかった。

上記 6 件のうち 4 件の研究^{3,4,6,7)}が主に乳がんの女性を対象にし、1 件⁵⁾は 60% が乳がんまたは婦人科がんの女性を対象にし、残りの 1 件⁸⁾はがん種を特定せず対象の 60% が女性であった。病期に関しては、3 件の研究^{4,6,7)}では対象のすべて、もしくは、ほとんどが Stage I と II の患者であった。1 件の研究³⁾では対象のほとんどが Stage III と IV の患者であった。他の 2 件の研究^{5,8)}では Stage の偏りはなく混在していた。6 件中 5 件の研究³⁻⁷⁾ではがん治療中もしくはこれから治療を受ける患者を対象にし、残り 1 件の研究は進行がんで予後が 3～24 カ月と考えられる患者を対象にしており、がん治療中の患者と緩和ケア主体の患者が混在していた⁸⁾。

6 件の研究のうち、ハミルトンうつ尺度による評価で有効性を示した研究はいずれもミアンセリンを用いており、その他の研究では fluoxetine (本邦未承認)、パロキセチン、デシプラミンを用いていた。副作用については、ミアンセリンの使用で開始後早期の眠気や傾眠が多く、fluoxetine では悪心や食欲低下が多かった。

研究結果を解釈するうえでは次の留意点がある。第一に、すべての研究で、治療中断者の数が多く、中断した患者の状態を示すデータが不明であった。次に、多くの研究で盲検化についての詳細が不明確であった。最後に、研究計画で必要サンプル数を検討していないか、検討していても予定より少なかった。これらの問題点から、いずれの研究も十分な質とはいえない。

前述の Ostuzzi ら¹⁾のシステマティックレビューでは、前述の 6 件の研究のほかに、抗うつ薬同士の比較試験を 2 件、論文として学術誌に掲載されていないプラセボとの比較試験を 2 件扱っている。メタアナリシスの結果、抗うつ薬がプラセボに比べて有効である傾向を認めたが、統計学的には有意でなかった。抗うつ薬同士の比較では効果の差を認めなかった。

●解説

今回包含された 6 件のランダム化比較試験はすべて Ostuzzi らのメタアナリシスに採用されており、その結果はネガティブなものであった。しかし 6 件のランダム化比較試験を個別に吟味すると、対象者の抑うつの重症度によって抗うつ薬の有効性は異なることが示唆された。すなわち、うつ病と診断された患者のみを対象とした研究では抗うつ薬の有効性が示唆され、うつ病と適応障害の患者が混在した対象での研究や、うつ病および適応障害の診断に相当しない軽度の気持ちのつらさを有する対象についての研究では、抗うつ薬の有効性が示されなかった。有効性を示唆した研究も症例数が少なく、中断率も 30% から 38% と低くないため、研究の質が十分とはいえなかった。

以上より、がん患者の気持ちのつらさに対して、うつ病などの診断に相当する場合には、抗うつ薬の使用を提案する、という結論に至った。なお、終末期医療あるいは緩和ケアが主体となる段階については研究が少なく、結論を述べることはできない。

1) 益と害のバランス

うつ病などの診断に相当する場合、抗うつ薬の有効性が期待できる。一方で、消化器症状（悪心・食欲不振）、眠気・倦怠感などの副作用を生じる可能性があり、そのような副作用に留意しながら患者の意向に応じて使用することが勧められる。個々の薬剤について併用薬との相互作用にも注意し、患者の状態を十分に配慮して、常に患者の不利益になっていないか確認しながら使用することが必要である。

2) 患者の価値観・希望

うつ病などの精神疾患やその治療薬である向精神薬についてのステイグマや、有害事象に対する不安から、睡眠薬や抗うつ薬および抗不安薬を含め向精神薬の使用を快く思わない場合もあるため^{a,b)}、患者の気持ちに配慮しながら益と害についての話し合いを十分行ったうえで使用することが勧められる。

3) コスト・臨床適応性

抗うつ薬は、すでにさまざまな医療機関で使用されており、比較的安価であることから、臨床適応性は高いと考えられる。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

2023年に発表された米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネージメントに関するガイドライン」も、抗うつ薬については上記 Ostuzzi らの研究を根拠にしている。抗うつ薬はエビデンスが乏しく、中等から重症の気持ちのつらさに対して使用が検討されるものの、一次治療で行うものとはされていない。非薬物療法の効果がなかった場合や、患者が薬物療法を好む場合、過去に薬による治療反応性がよかった場合、精神病症状を伴うような重症な場合に使用を考慮する、と記載されている。また、使用開始後は定期的に症状の改善、副作用の有無、患者の満足度を評価し、できるだけ短期の使用にとどめ、効果が乏しければ治療内容を再考することが推奨されている^{c)}。

また、欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）の「成人がん患者の不安と抑うつに関する臨床ガイドライン」は、中等症から重症で、うつ病などの診断がつくようなうつ状態の場合に専門家に相談しながら抗うつ薬を使用することを推奨している^{d)}。

うつ病については、わが国では日本うつ病学会からガイドラインが発刊されている。ただし、同ガイドラインは、精神科専門医などの精神保健の専門家を対象として作成され、非専門家に対してはうつ病の専門書や専門の学会、研修会で十分学習をしたうえで活用するように記載されている^{e)}。

5) 実施に関わる検討事項

わが国の診療報酬制度では気持ちのつらさという病名はなく、抗うつ薬の使用は、特定の病名（うつ病あるいはうつ状態、一部の不安障害、強迫性障害、一部の痛みなど）の診断の

もとで行う必要がある点に注意が必要である。さらに、がん患者の気持ちのつらさの背景には、痛みや呼吸困難、悪心などの身体的苦痛症状や、がん診断や病状進行などの悪い情報を知ることでの心理的反応、人間関係の悩みや生活苦、個々のストレス耐性や思考様式、性格傾向など（P46、Ⅱ章-4「気持ちのつらさの背景」参照）、複数の要因が想定されるため、適切な評価に基づく苦痛の軽減や対策が必要である。これらの対応を行ったうえで、うつ病などの精神疾患を考慮した薬物療法を行う。本臨床疑問では、必ずしも精神科や心療内科を専門としない医師が、がん患者の気持ちのつらさに対して抗うつ薬を処方することを想定している。精神疾患の診断や抗うつ薬の処方を行う者が、必ずしも精神科医や心療内科医である必要はないが、上記のような評価が難しい場合もあり、必要に応じて、精神科医や心療内科医などの精神保健の専門家の診察、もしくは、それらの医師への相談のもとに使用することが望ましい。

終末期については、抗うつ薬の有効性を示す論文はないが、抗うつ薬に伴うせん妄や悪心などで中断するケースが多いことも報告されており^{f,g)}、留意する必要がある。

6) 今後の研究可能性

抗うつ薬の適応が、うつ病などの精神医学的診断によることから、精神科や心療内科を専門としない医師でも精神医学的評価を容易に行えるような診断法やツールの開発が望まれる。

（荒井幸子，小早川誠，倉田明子）

■ 文 献

- 1) Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 4: CD011006
- 2) Beevers Z, Hussain S, Boele FW, et al. Pharmacological treatment of depression in people with a primary brain tumour. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 7: CD006932
- 3) Costa D, Mogos I, Toma T. Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985; 320: 85-92
- 4) van Heeringen K, Zivkov M. Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 440-3
- 5) Razavi D, Allilaire JF, Smith M, et al. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 205-10
- 6) Musselman DL, Somerset WI, Guo Y, et al. A double-blind, multicenter, parallel-group study of paroxetine, desipramine, or placebo in breast cancer patients (stages I, II, III, and IV) with major depression. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 288-96
- 7) Navari RM, Brenner MC, Wilson MN. Treatment of depressive symptoms in patients with early stage breast cancer undergoing adjuvant therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 112: 197-201
- 8) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al. Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1937-43

■ 参考文献

- a) Givens JL, Katz IR, Bellamy S, et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and whites. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1292-7
- b) 菊地俊暁. Psychiatric Lecture 治療 抗うつ薬の効果や副作用を患者がどのように認識しているか. *精神臨 Legato* 2019; 5: 33-6
- c) 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
- d) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155

- e) 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害 2016 <https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/kibun.html> (2023 年 11 月 30 日閲覧)
- f) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al. Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? Palliat Support Care 2007; 5: 3-9
- g) Stockler MR, O'Connell R, Nowak AK, et al. Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression: a placebo-controlled double-blind randomised trial. Lancet Oncol 2007; 8: 603-12

【臨床疑問2】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ・うつ不安のアウトカム	うつ状態の発症率・改善/悪化率	その他
Ostuzzi, et al. 2018 ¹⁾	システマティックレビュー	・18歳以上のがん患者 ・うつ病、適応障害、気分変調症の診断がある、または診断はないがうつ症状がある患者 ・ランダム化比較試験のみ対象。8件の論文文化された研究など、2件の論文文化されていない研究を包含	各種の抗うつ薬（三環系抗うつ薬、SSRI、MAO阻害薬ほか）	プラセボまたは、抗うつ薬（head-to-head比較の場合）	ハミルトンうつ尺度、MADRS など標準化された指標で介入前後での変化量、50%以上改善した割合	左記8件のうち、2件は抗うつ薬同士の比較でプラセボはない。メタアナリシスの結果、 $-0.45 [-1.101 \sim 0.11]$ (95% CI) であり抗うつ薬の方が有効な傾向はあったが、有意とはいえなかった。抗うつ薬（SSRI と三環系抗うつ薬）の差はなかった	抗うつ薬とプラセボ、三環系抗うつ薬とSSRIとの間で副作用による脱落率の差はなかった
Beevers, et al. 2020 ²⁾	システマティックレビュー	・18歳以上の脳腫瘍の患者（転移性脳腫瘍除く）。うつ病の診断がある ・有効性についてランダム化比較試験を検索、副作用についてランダム化比較試験以外の研究も検索	抗うつ薬を含むうつ症状に對して使用される薬	他の治療	CES-D BDI-II HADS など標準化された指標	抗うつ薬について結果なし いくつが候補となる論文があったが、対象者にうつ状態にない患者も含めて解析されていたり、薬も神経刺激薬がほとんどで、最終的に該当する抗うつ薬の研究はなかった	
Costa et al. 1985 ³⁾	ランダム化比較試験（二重盲検）	・女性のみ。ほとんどが乳がんでは婦人科がん。60%がStage IV, 30%がStage III。うつ病の診断 ・ZSRDS で41点以上かつ、ハミルトンうつ尺度17項目で16点以上 ・73名	ミアンセリン (20mg) 群36名 4週間	プラセボ群37名	抑うつ：ハミルトンうつ尺度17項目の総点数	抑うつ：4週後、ミアンセリン群8.19 (SD 6.38), プラセボ群13.2 (SD 9.79) で有意差あり	ハミルトンうつ尺度17項目の他、ZSRDS でも差あり ミアンセリン群中断7名、プラセボ群中断15名
Heeringa et al. 1996 ⁴⁾	ランダム化比較試験（二重盲検か不明）	・Stage I と II で転移のない女性乳がん患者 ・DSM-III によるうつ病の診断かつハミルトンうつ尺度21項目で16点以上 ・55名	ミアンセリン (30~60mg) 群28名 6週間	プラセボ群27名	抑うつ：ハミルトンうつ尺度21項目の総点数が50%以上改善した割合と尺度の総点数の変化量	抑うつ： ・50%以上総点数が改善した人数：4週間後はミアンセリン群17名、プラセボ群8名。6週間後はミアンセリン群19名、プラセボ群10名。いずれも有意差あり 変化量：4週間後はミアンセリン群12.6点低下、プラセボ群5.0点低下。6週間後はミアンセリン群13.6点低下、プラセボ群6.0点低下。いずれも有意差あり	・プラセボ群の中断が多い。6週間後でミアンセリン群は中断6名、プラセボ群は中断15名 ・中断の理由は効果がないという理由が一番多く、副作用での中断の差は両群間でみられなかった

(つづく)

【臨床疑問2】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ・うつ不安のアウトカム	うつ状態の発症率・改善/悪化率	その他
Razavi et al. 1996 ⁵⁾	ランダム化比較試験（二重盲検）	・60%は婦人科がん乳がん ・DSM-III-Rでうつ病あるいは適応障害の診断 ・91名	fluoxetine (20 mg) 群 45名 5週間	プラセボ群 46名	抑うつ：プライマリアウトカムは5週後の寛解率(HADSの総点数が8点以下になった割合)。セカンドアリーアウトカムはHADSおよびMADRSの総点数が50%以上改善した割合	抑うつ： ・寛解率：fluoxetine群 11%, プラセボ群 7%。有意差なし ・HADSで50%改善した割合：fluoxetine群 18%, プラセボ群 20%。有意差なし ・MADRSで50%改善した割合：fluoxetine群 31%, プラセボ群 33%。有意差なし	・QOL (Spitzer Quality of Life Index) は差なし。 ・fluoxetine群の中断が多かった。fluoxetine群は中断15名、プラセボ群は中断7名
Musselman, et al. 2006 ⁶⁾	ランダム化比較試験（二重盲検）	・女性乳がん患者で、ほとんど患者がStage IかII ・DSM-III-Rでうつ病あるいは適応障害と診断 ・35名	デジプラミン群(125 mg)11名、パロキセチン群 (20 mg) 13名 6週間	プラセボ群 11名	・抑うつ：寛解率 (ハミルトンうつ尺度 21項目の総点数が7点以下になった割合)、50%以上改善 (低下) した割合、ハミルトンうつ尺度 21項目の総点数の変化量 ・不安：ハミルトン不安尺度 14項目の総点数の変化量	抑うつ： ・7点以下に改善した割合：パロキセチン群 13名中3名、デジプラミン群 11名中5名、プラセボ群 11名中4名。有意差なし ・50%以上改善した割合：パロキセチン群 13名中5名、デジプラミン群 11名中5名、プラセボ群 11名中6名。有意差なし ・ハミルトンうつ尺度の総点数の差なし 不安：総点数の差なし	・プラセボ群はStage I, IIのみ。デジプラミン群のうち36%はStage IV ・6週間後、全体で35名中14名 (40%) が脱落 ・副作用での脱落は14%。副作用は口渇が最も多かった
Navari, et al. 2008 ⁷⁾	ランダム化比較試験（二重盲検か不明）	・Stage I, IIの乳がん患者。これから治療を受ける段階 ・軽い気持ちのつらさを有する (2質問法で2点以上)。 - うつ病で治療が必要、希死念慮のある場合は除外 ・193名	fluoxetine (20 mg) 群 90名 6カ月	プラセボ群 90名	・抑うつ：BZSDSの総点数が有意に改善 (定義不明) した人の割合 ・QOL: FACT-Gの総点数が有意に改善 (定義不明) した人の割合	抑うつ：抑うつが有意に改善した割合は、fluoxetine群のほうが多かった。しかし具体的な点数の記載がない	QOL: QOL が有意に改善 (定義不明) した割合は、fluoxetine群の方が多かった。しかし具体的な点数の記載がない

(つづく)

【臨床疑問2】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ・うつ不安のアウトカム	うつ状態の発症率・改善/悪化率	その他
Fisch, et al. 2003 ⁸⁾	ランダム化比較試験（二重盲検）	・進行がん（特定のがん種ではない）患者。予測予後3～24カ月。抗がん治療中の患者と緩和医療を受ける段階の患者が混在 ・2質問紙で2点以上の成人。うつ病と適応障害の診断があれば除外 ・163名	fluoxetine (20 mg) 群 83名 12週間	プラセボ群 80名	・抑うつ：BZSDSの総点数 ・QOL：FACT-Gの総点数	抑うつ：回帰分析では抗うつ薬の服用が有意に関連していることを示唆したが、研究者らが設定していた一定の反応（効果）を認めた人の割合の差はなかった	・QOL：回帰分析では抗うつ薬の服用が有意に関連していることを示唆したが、研究者らが設定していた一定の反応（効果）を認めた人の割合の差はなかった ・fluoxetine 群中断 19名。 - プラセボ群中断 15名

BDI-II：Beck Depression Inventory-II, BZSRDS：Zung Self-Rating Depression Scaleの11項目版, CES-D：Center for Epidemiological Studies Depression Scale, FACT-G：Functional Assessment of Cancer Therapy-General, HADS：Hospital Anxiety and Depression Scale, MADRS：Montgomery and Asberg Depression Scale, MAO阻害薬：monoamine oxidase inhibitors, SSRI：selective serotonin reuptake inhibitors, ZSRDS：Zung Self-Rating Depression Scale

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？

▶ 推奨文

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）を実施することを提案する。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：B（中程度）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として精神療法を実施する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

精神療法とは、主に患者と治療者の言語的やり取りを通じて、患者の心身に効果的な影響を与えようとする心理的治療の総称である。詳細はⅡ章-9A「精神療法」（P136）を参照されたい。

精神療法は、気持ちのつらさの軽減以外にも、がん患者におけるQOLの改善を目的としたり、痛みなどの身体症状に対する非薬物的介入として実施したりすることがある。また、がん患者に限定せず、うつ病や不安障害を含むさまざまな精神・心理的問題に対して有効性が実証されている。本臨床疑問・推奨文は、そのような目的で精神療法を提供することを妨げるものではない。

介入の前提として、Ⅱ章-7にある「すべての医療者が実践すべき対応」を実施すること。

●採用文献の概要

システマティックレビューを実施するにあたり、本臨床疑問で対象とする精神療法を、①精神療法のトレーニングを受けた医療専門職による、②精神的負担の軽減を目的とした、③相互的コミュニケーションを用いた精神療法と定義した。すなわち、精神療法のトレーニングを受けていない専門職による精神療法や、治療者との相互的コミュニケーションを伴わない個人で完結する精神療法的支援（インターネットやコンピュータプログラムによるセルフヘルプ、読書療法など）の研究は除外した。また、18歳以上のがん患者で気持ちのつらさが閾値以上の患者を対象とした研究を採用した。

システマティックレビューの結果、本臨床疑問に関するランダム化比較試験は26件あった。介入対象となったがん患者のがん種はさまざまであったが、乳がん単独の研究が11件と多かった。対象となった患者の病期は、がんサバイバーを含みさまざまであり、終末期のがん患者のみを対象とした研究も2件あった。

評価された精神療法の種類は、認知行動療法（cognitive behavioural therapy：CBT）が17件と最も多かった〔マインドフルネスに基づく精神療法（mindfulness-based cancer recovery）

MBCR, mindfulness-based cognitive therapy : MBCT) 5 件, アクセプタンス&コミットメント・セラピー (acceptance and commitment therapy : ACT) 3 件, 行動活性化療法 (behavioral activation : BA) 2 件を含む)。その他, 支持的精神療法 (supportive psychotherapy : SP) 2 件, 支持・感情表出型グループ療法 (supportive-expressive group therapy) 1 件, ナラティブセラピー (narrative therapy) 1 件, ポジティブ精神療法 (positive psychotherapy) 1 件, ミーニング・センタード・サイコセラピー (Meaning-centered Psychotherapy : MCP) 1 件, 短期精神力動的療法 (short-term psychodynamic psychotherapy : STPP) 1 件, 回想法 (reminiscence therapy : RT) 1 件, Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE) 1 件があった。実施された精神療法の形式としては, 集団療法が 10 件, 電話やインターネットを用いた (部分的な利用も含む) 介入が 8 件あった。

アウトカムに関しては, 抑うつを評価した論文が 21 本, 不安を評価した論文が 14 本, 全般的な気持ちのつらさ (general psychological distress) を評価した論文が 9 本, QOL を評価した論文が 14 本であった。

ガイドライン作成グループは, 本臨床疑問の推奨の判断に重要なアウトカムとして, 1) 抑うつ, 2) 不安, 3) 全般的な気持ちのつらさ, 4) QOL の 4 つのアウトカムに関するエビデンスを評価した。

1) 抑うつ〔エビデンスの確実性 (強さ) : B (中程度)〕

介入群で有意に良好な結果を認めた研究は 16 件¹⁻¹⁶⁾, 認めなかった研究は 5 件¹⁷⁻²¹⁾であった。抑うつの評価は, 構造化面接である Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) や Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) などの他に, 自己記入式評価尺度である Self-Rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale の抑うつ下位尺度 (HADS-D), Beck Depression Inventory (BDI), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) などが用いられていた。

2) 不安〔エビデンスの確実性 (強さ) : B (中程度)〕

介入群で有意に良好な結果を認めた研究は 11 件^{2,3,5,7-10,14,15,17,19)}, 認めなかった研究は 4 件^{1,6,13,20)}であった。不安の評価は, 構造化面接である Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Clinical Global Impression (CGI) などの他に, 自己記入式評価尺度である HADS の不安下位尺度 (HADS-A), the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) などが用いられていた。

3) 全般的な気持ちのつらさ (general psychological distress)〔エビデンスの確実性 (強さ) : B (中程度)〕

介入群で有意に良好な結果を認めた研究は 8 件^{4,7-9,13,15,22,23)}, 認めなかった研究は 1 件²⁴⁾であった。全般的な気持ちのつらさの評価は, 自己記入式評価尺度である HADS の合計得点, Distress Thermometer, Profile of Mood States (POMS) などが用いられていた。

4) QOL〔エビデンスの確実性（強さ）：B（中程度）〕

介入群で有意に良好な結果を認めた研究は11件^{1,7-9,12,19,21-23,25,26)}、認めなかった研究は6件^{6,15,17,18,20,24)}であった。QOLの評価は、自己記入式評価尺度である Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)、Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)、EuroQol 5 Dimension (EQ-5D)、The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30)、McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL)などが用いられていた。

●解説

精神療法は、精神心理的苦痛をかかえる患者（がんなどの疾患や治療に伴う精神心理的苦痛も含む）に対し、気持ちのつらさや苦悩を軽減させることを目的とした非薬物介入の一つである。精神療法は、感情的苦痛や心理的葛藤、不適応を軽減し、持続する苦痛と共に生きることを支え、成長を促進する（より適応的で健康的な方向へと変化をもたらす）ことを目指している^{a)}。精神療法には250種類以上の技法があるとされ、その治療アプローチはさまざまである。精神療法は、気持ちのつらさに対する薬物療法の使用が難しい場合（たとえば、抗がん治療薬との相互作用や忍容性の問題が生じた場合や、患者が薬物療法を好まない場合）や、がん患者がかかえる精神心理的苦痛の背景にある実存的苦痛、対人関係に関連する介入が必要な際には、特に有用と考えられる^{b-d)}。以上から、気持ちのつらさをかかえたがん患者に対する精神療法の有用性の検討が必要と考えた。

ガイドライン作成グループは、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、精神療法を実施することを提案する。

ただし、有害事象を評価・報告した研究はなく、精神療法に負担を感じる患者もいることから、患者の状態を十分に考慮し、患者の不利益になっていないか確認しながら行うことを提案する。終末期における研究も2件しかなかったことも考慮すると、終末期に対して推奨できる根拠は乏しい。

対象となった26件の研究のうち、認知行動療法〔リラクセーション法、マインドフルネスに基づく精神療法（MBCR、MBCT）、行動活性化療法（BA）、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）を含む〕が17件と多数を占めた。この背景にはランダム化比較試験への親和性が精神療法によって異なるという研究法上の課題がある可能性がある。ランダム化比較試験は対象となる精神療法をマニュアル化することを前提とする研究法である。認知行動療法（CBT）はマニュアル化しても理論上重視されている治療機序の働きが損なわれないという技法上の特徴がある。そのため積極的にランダム化比較試験による効果検証が行われている。一方、精神分析的な精神療法や体験的精神療法は、技法とともに、治療関係やその場での治療者-患者間の自発的な相互作用が治療機序として重視される。これらの治療機序はマニュアル化することでその働きが損なわれてしまうため、ランダム化比較試験による効果検証が難しいと考えられている。したがって、ランダム化比較試験によって治療効果が示されていないことは、その精神療法に効果がないという意味ではなく、その精神療法に関するランダム化比較試験などの厳密な効果検証が現時点で十分に行われていないだけである可能性にも留意する必要がある。

1) 益と害のバランス

益：抑うつ・不安・QOL・全般的な気持ちのつらさ（general psychological distress）のアウトカムに対し、精神療法が有効であるとの報告の方が無効であるとの報告よりも多くあった。

害：有害事象を評価・報告している研究はなかった。ただし、精神療法の有害事象の定義や評価方法が確立されておらず、多くの臨床研究で評価がなされていないことに留意する必要がある。臨床的には、患者が精神療法に負担を感じたり、不安が高まったりするなどの有害事象が生じうる可能性がある。これらは患者の体調、病期（特に終末期など）、精神科既往の有無などにも影響されるため、精神療法の開始時にそれらを考慮する必要がある。

2) 患者の価値観・希望

価値観について述べた研究はなかったが、がん患者、および、一般集団において、薬物療法より精神療法を好む者が多いことが報告されている^{b,e)}。一方で、精神療法に負担を感じる患者もいることから、患者のニーズに応じて提供する必要がある。

3) コスト・臨床適応性

コストについては、認知行動療法を介入群とする1件の研究¹⁸⁾において検証され、EuroQoL (EQ-5D)、および、質調整生存年（quality-adjusted life year：QALY）において、介入群と対照群に有意差はないものの、増分費用効果比（incremental cost-effectiveness ratio：ICER）において認知行動療法が優れることが示唆された。しかし、保険制度などの医療システムが国ごとに違うため、この研究結果をわが国に適用できるかどうかは評価不能である^{f)}。

一般的には、精神療法の実施には、心理専門職の雇用、精神療法を行うためのトレーニング、精神療法を行う時間などに費用が必要となる。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネージメントに関するガイドライン」では、不安や抑うつに対する治療の一次治療として精神療法や心理社会的介入を推奨している。薬物療法は単独でも併用でも一次治療として推奨していないことと対照的である^{g)}。

欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）の「成人がん患者の不安と抑うつに関する臨床ガイドライン」では、不安と抑うつの治療における精神療法と薬物療法の併用は、単独の治療よりも有効であるとして推奨している。また、特定のがん状況（終末期など）では、人生の意味に焦点を当てた精神療法（Meaning-centered Psychotherapy）とディグニティセラピー（dignity therapy）を推奨している^{h)}。

米国 National Comprehensive Cancer Network（NCCN）の「Distress Management ガイドライン」では、適応障害や不安障害に対しては、主に精神療法を行って必要に応じて薬物療法を行い、うつ病に対しては薬物療法とともに精神療法を行うことを提案しているⁱ⁾。

カナダの PanCanadian Guideline^{j)}では、軽度から中程度の psychological distress を有する患

者には、特定の訓練を受けた有資格者や臨床医によって提供される、グループまたは個人形式の心理支援や、自助プログラム(冊子やアプリケーションなどを用いたセルフヘルプなど、患者が主体となる支援)による、心理教育、対処技能訓練、技能ベースの学習、問題解決、心的ストレス軽減などの心理学的介入が有益で、これらを含んだ低強度の精神療法的介入を強く推奨している。中度から重度のうつ病に対しては、高強度の精神療法的介入と薬物療法の併用を強く推奨している。また、不安・恐怖に対しては、がん再発恐怖に対して簡便な認知行動療法が有効である可能性があることと、心理士、精神科医、または適切な訓練を受けた臨床医による認知行動療法ががん患者の全般的な不安を減らす可能性が高いとして、エビデンスの質は低いものの、強く推奨している。

5) 実施に関わる検討事項

気持ちのつらさを有するがん患者に精神療法を提供することに関して検討すべき点は多い。

第一に、精神療法の実施者の確保である。精神療法を実施する主たる職種である心理士の配置について、がん診療連携拠点病院においては、453施設中、公認心理師の常勤配置は272施設(約6割)、臨床心理士の常勤配置は315施設(約7割)である(2021年9月時点:2022年国立がん研究センター調査)。がん診療連携拠点病院の指定要件(令和5年4月時点)では、緩和ケアチームへの医療心理に携わる専門職(臨床心理士、公認心理師)の配置が必須要件となることが明記されたことから(厚生労働省、健発0801第16号令和4年8月1日)、今後心理士の配置は増加することが見込まれる。一方で、総合病院や身体科主体の一般病院においては、心理士の配置は3割程度にとどまることから、さらなる心理士の配置が必要である^{k)}。

第二に、精神療法を実施するうえでの診療報酬の課題がある。精神療法に関連する診療報酬として、精神分析の精神療法、通院精神療法、入院精神療法は医師のみにより算定が可能である。認知療法・認知行動療法は一定の研修を受けた医師または看護師のみにより算定が可能である。2022年度の診療報酬改訂により、心理的不安を軽減させるための面接を行った場合に算定される「がん患者指導管理料ロ」の算定要件に、医師・看護師に加えて公認心理師が新たに加わった。しかし、1人の患者につき6回までという上限があること、緩和ケア診療加算、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料などと一緒に算定できないという制限があり、診療報酬の体制が整ったとはいえない。がん医療のなかで精神療法を安定して提供するためには、精神療法の診療報酬化は非常に重要な課題である。

第三に、エビデンスに基づく精神療法の訓練機会の充実である。システマティックレビューの採用文献で報告された精神療法は、トレーニングを受けた医療者が行う専門的精神療法である。わが国においては、専門的精神療法の主たる実施者は心理士であり、精神療法の質およびアクセスを担保するために、まずは心理士の訓練機会を充実させることが求められる。

第四に、精神療法の提供にあたっては、患者の精神医学的診断や重症度に応じて、薬物療法との使い分けや併用を検討する必要があるため、精神症状の総合的な評価を行う体制も必要である。明らかに精神疾患の診断基準を満たす場合、精神疾患の既往がある場合、精神症状の重症度が高い場合などにおいては、精神心理の専門家へのコンサルトを検討する必要が

ある。

第五に、精神療法にはさまざまな種類があり、エビデンスや患者の選好も異なることから、個別性に配慮して選択することを検討する必要がある。

6) 今後の研究可能性

精神療法の有効性に関連する因子〔精神療法（全般、または、特定の精神療法）から恩恵を得る可能性が高い患者の要件〕の探索は重要である。精神療法は、自身の感情、考えや行動に向き合い、問題解決のために自ら主体的に取り組むことが必要となるため、有効性に関連する因子の探索においては、患者の臨床的背景（がんの病期や治療状況を含む）のみならず、患者の個人要因（治療意欲や好みなど）の検証も重要である¹⁾。

その他、研究が必要な領域には、精神療法の有害事象、費用対効果、普及と実装などが含まれる。

（五十嵐友里，市倉加奈子，大谷弘行，茅野綾子，柳井優子）

■ 文 献

- 1) Qiu J, Chen W, Gao X, et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013; 34: 60-7
- 2) Dong X, Sun G, Zhan J, et al. Telephone-based reminiscence therapy for colorectal cancer patients undergoing postoperative chemotherapy complicated with depression: a three-arm randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2761-9
- 3) González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero MD, et al. Treating anxiety and depression of cancer survivors: behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema* 2018; 30: 14-20
- 4) Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S, Coto-Lesmes R, et al. Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety and depression in cancer survivors: a randomized clinical trial. *Behav Modif* 2021; 45: 822-59
- 5) Ren W, Qiu H, Yang Y, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. *Psychiatry Res* 2019; 271: 52-9
- 6) Savard J, Simard S, Giguère I, et al. Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliat Support Care* 2006; 4: 219-37
- 7) van de Wal M, Thewes B, Gielissen M, et al. Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 2173-83
- 8) Park S, Sato Y, Takita Y, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer—a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 381-9
- 9) Kim YH, Choi KS, Han K, et al. A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: a randomised clinical trial. *J Clin Nurs* 2018; 27: 572-81
- 10) Goerling U, Foerg A, Sander S, et al. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department—a randomised controlled study. *Eur J Cancer* 2011; 47: 2009-14
- 11) Ashing K, Rosales M. A telephonic-based trial to reduce depressive symptoms among Latina breast cancer survivors. *Psychooncology* 2014; 23: 507-15
- 12) Beutel ME, Weißflog G, Leuteritz K, et al. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Ann Oncol* 2014; 25: 378-84
- 13) Nelson CJ, Saracino RM, Roth AJ, et al. Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE) : a pilot randomized controlled trial of a psychotherapy intervention for older adults with cancer. *Psychooncology* 2019; 28: 39-47
- 14) Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, et al. A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015; 2015: 270876

- 15) Krebber AM, Jansen F, Witte BI, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: a randomized, controlled trial. *Ann Oncol* 2016; 27: 1754-60
- 16) Dowlatabadi MM, Ahmadi SM, Sorbi MH, et al. The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Electron Physician* 2016; 8: 2175-80
- 17) Greer JA, Traeger L, Bemis H, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17: 1337-45
- 18) Serfaty M, King M, Nazareth I, et al. Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: the CanTalk RCT. *Health Technol Assess* 2019; 23: 1-106
- 19) Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer* 2018; 124: 3231-9
- 20) Johns SA, Stutz PV, Talib TL, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: a 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer* 2020; 126: 211-8
- 21) Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2011; 20: 943-52
- 22) Compen F, Bisseling E, Schellekens M, et al. Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2018; 36: 2413-21
- 23) Zernicke KA, Campbell TS, Specia M, et al. A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the eTherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosom Med* 2014; 76: 257-67
- 24) Carlson LE, Doll R, Stephen J, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31: 3119-26
- 25) Qiu H, Ren W, Yang Y, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for depression on improving insomnia and quality of life in Chinese women with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 2665-73
- 26) Compen F, Adang E, Bisseling E, et al. Cost-utility of individual internet-based and face-to-face Mindfulness-Based Cognitive Therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients. *Psychooncology* 2020; 29: 294-303

参考文献

- a) 杉原保史, 福島哲夫, 東斉彰 編. 公認心理師標準テキスト 心理学の支援法. p1, 北大路書房, 京都, 2019
- b) McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 595-602
- c) Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric aspects of palliative care. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd ed, pp216-46, Oxford University Press, New York, 1998
- d) Chochinov HM, Breitbart W. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, Oxford University Press, New York, 2000
- e) Okuyama T, Nakane Y, Endo C, et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 2007; 16: 834-42
- f) Yap KY, Tay WL, Chui WK, et al. Clinically relevant drug interactions between anticancer drugs and psychotropic agents. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011; 20: 6-32
- g) 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
- h) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155
- i) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, Version 2. 2022 <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2024年5月20日閲覧)
- j) Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer. Version 2, 2015 <https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN~1.PDF> (2024年5月20日閲覧)
- k) 厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業『公認心理師の養成や資質向上に向けた実習に関する調査』(国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター), p11, 2020
- l) Swift JK, Callahan JL, Cooper M, et al. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2018; 74: 1924-37

【臨床疑問3】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ その他
Qiu, et al. 2013 ¹⁾	ランダム化比較試験	・乳がん Stage 0～IV ・うつ病の診断 (DSM-IV の大うつ病の診断基準を満たし、かつ 17-HAM-D スコア 17 点以上) ・62 名	・認知行動療法とグループ療法のトレーニングを受けた 1 人の精神科医によるケア ・グループ認知行動療法：GCBT (認知再構成＋行動活性化＋アサーション) ・10 週間 (週 1 回 2 時間のセッションを全 10 回) と介入終了 1 カ月後にプースターセッション 1 回 ・31 名	・教育的な冊子の配布 ・待機群 31 名	・抑うつ：17-HAMD ・不安：SAS ・QOL：FACT-B, Self-esteem (SES) ・介入前, 介入後, 6 カ月後	・抑うつ：介入群で HAM-D の平均スコアが 9 ポイント有意に低下 ($P<0.001$) ・不安：介入群と対照群で差はなかった ・QOL：介入群で FACT-B の平均スコアが 9 ポイント有意に改善 ($P<0.01$), SES の平均スコアが 11 ポイント有意に改善 ($P<0.01$)
Dong, et al. 2019 ²⁾	ランダム化比較試験	・18 歳以上 ・SDS：50～70 の抑うつ ・予後半年以上の大腸がん患者 ・135 名	・心理教育と情報提供＋電話による回想法 (TBR) ・週に 1 回 20～40 分のセッション全 6 回 ・45 名	・通常ケア＋心理教育と情報提供 ・45 名 ・心理教育＋情報提供＋電話によるサポート (TS) ・週に 1 回 20～40 分全 6 回 ・45 名	・抑うつ：SDS, HAM-D ・不安：SAS, HAM-A ・QOL：MUNSH ・介入前, 6 週間後	・抑うつ：介入後 (6 週間後) において, TBR 群は通常ケア群と比較して, 有意に SDS ($P<0.001$) と HAM-D ($P<0.001$) が改善した ・不安：介入後 (6 週間後) において, TBR 群は通常ケア群と比較して, 有意に SAS ($P<0.001$) と HAM-A ($P<0.001$) が改善した ・QOL：MUNSH は改善がなかった
González-Fernández, et al. 2018 ³⁾	ランダム化比較試験	・あらゆるタイプのがん種 ・18～65 歳 ・HADS の下位尺度の 1 つ以上が 8 点以上のがん患者 ・66 名	・行動活性化療法 (BA) ・acceptance and commitment therapy (ACT) ・週 1 回 90 分のセッションを 12 回 ・BA 22 名, ACT 17 名	・待機群 ・27 名	・抑うつ：HADS-D ・不安：HADS-A ・介入前, 介入後	・抑うつ・不安ともに, 群との交互作用が有意であった [HADS-D ($F_{2,49}=0.98$, $P=0.005$, $\eta_p^2=0.196$), HADS-A ($F_{2,49}=11.62$, $P<0.001$, $\eta_p^2=0.322$)]。介入前後の差はいずれも介入群が待機群より有意に大きかった (つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Fernández-Rodriguez, et al. 2021 ⁴⁾	ランダム化比較試験	- あらゆるタイプのがん種 18～65歳 - HADSの下位尺度が8以上 66名	- 行動活性化療法 (BA) - acceptance and commitment therapy (ACT) - 週1回90分のセッションを12回 - BA 22名, ACT 17名	- 待機群 27名	- 全般的な気持ちのつらさ: HADS-T - 抑うつ: BDI - 介入前, 介入後, 3カ月後	- 抑うつ: 両群において, 待機群に比べて有意に改善した ($P<0.01$) - 全般的な気持ちのつらさ: 両群において, 待機群より有意に改善した ($P<0.01$)
Ren, et al. 2019 ⁵⁾	ランダム化比較試験	- 乳がん患者 20～65歳 - HAMD-17で8点以上, HAMA-14で8点以上抑うつもしくは不安のある 392名	- 認知行動療法 CBT (ブレゼンテーション, グルーブディスカッション, ハンドアウト, 宿題のある, 心理教育的, 相互的で, 構造化されている。9つのセッションで構成) 98名	- 通常治療 196名 - セルフケアマネージメント (SCM) 98名	- 抑うつ (HAMD-17) - 不安 (HAMA-14) - 介入前, 2週後, 4週後, 8週後, 12週後, 16週後, 24週後	- 抑うつ: CBT群がSCM群および通常治療群に比べて有意に低かった ($P<0.01$)。SCM群は対照群に比べて有意に改善した ($P<0.01$) - 不安: CBT群がSCM群と通常治療群に比べて有意に改善した ($P<0.01$)
Savard, et al. 2006 ⁶⁾	ランダム化比較試験	- stage IVの転移性乳がん患者 - HADS-Dが7点以上あるいはBDIが15点以上 45名	- 認知療法 60～90分/回を8週間 25名	- 待機群 20名	- 抑うつ: HADS-D, BDI, HDRS - 不安: HADS-A - QOL: EORTC-QLQ-C33 - 介入前, 介入後, 介入3カ月後, 介入6カ月後	- 抑うつ: 待機群に比べ, 介入群の方がHDRS得点は有意に低下した ($P<0.01$)。BDI, HADS-Dでも同様の傾向はみられたが有意な差ではなかった - 不安: 有意な差はみられなかった - QOL: 有意な差はみられなかった

(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
van de Wal, et al. 2017 ⁷⁾	ランダム化比較試験	- 乳がん、前立腺がん、大腸がんサバイバー（治療終了後6カ月～5年） - CWSが14点以上 88名	• bCBT • 1 時間/回の対面個人セッションを5回、15分のチャットを3回 • 45名	• 通常ケア群 • 43名	- 抑うつ：HADS-D - 不安：CWS, FCRI, HADS-A - 全般的な気持ちのつらさ：DT, HADS - QOL：EORTC30, EQ5D - 介入前後	- 抑うつ：通常ケア群と比べて介入群で有意に得点が減少し、中程度の効果 (d=0.56) がみられた - 不安：通常ケア群と比べて介入群で有意にFCR得点・HADS-A得点が有意に減少し、中程度の効果 (d=0.76) が示された - 全般的な気持ちのつらさ：通常ケア群と比べて介入群の方がHADS得点が有意に減少し、中程度の効果が示された (d=0.66)	QOL：通常ケア群と比べて介入群の方がEORTC得点が改善した (d=0.64), EQ-5D も有意に得点が改善し、中程度の効果 (d=0.73)
Park, et al. 2020 ⁸⁾	ランダム化比較試験	20～74歳でstage 0～Ⅲの乳がん患者 - HADSが5点以上, ECOGが0～2, 予後1年以上期待できるもの 74名	• MBCT • 2 時間/回を8週間 • 38名	- 待機群 • 36名	- 抑うつ：HADS-D - 不安：HADS-A, FCR - QOL：FACT-G	- 抑うつ：待機群と比べ、介入群は有意に得点が減少した - 不安：HADS-A得点, FCR得点のいずれも待機群に比べて介入群で有意な減少がみられた	
Kim, et al. 2018 ⁹⁾	ランダム化比較試験	- stage I～Ⅲの化学療法中の女性乳がん患者 - CES-Dが16点以上 60名	- 看護師主導の心理学的介入（症状マネージメント, コーピングスキル, 性生活に関する体験の共有など） 7 回/週 • 30名	- 対照群（症状マネージメントに関する冊子のみを配布） • 30名	- 抑うつ：HADS-D - 不安：HADS-A - 全般的な気持ちのつらさ：K-POMS-B - QOL：EORTC-QLQ-C30 - 介入前, 介入直後, 介入3週間後	- 抑うつ：対照群に比べ、介入群で有意に得点が低下した (P<0.01) - 不安：両群に有意な差はみられなかった - 全般的な気持ちのつらさ：対照群に比べ、介入群で有意に得点が低下した (P<0.03)	QOL：両群に有意な差はみられなかった

(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Goerling, et al. 2011 ¹⁰⁾	ランダム 化比較試 験	・18～79歳の外科 腫瘍科の患者 ・HADSが12点以 上 ・101名	・精神腫瘍学的サポート ・平均41分間 ・割付人数不詳	・通常治療群 ・割付人数不詳	・抑うつ：HADS-D ・不安：HADS-A ・退院時と退院12カ月後	・抑うつ：対照群と比べ、介 入群で退院時に有意に低下 した (P<0.001) ・不安：対照群と比べ、介入 群は有意な改善は得られな かった	
Ashing, et al. 2014 ¹¹⁾	ランダム 化比較試 験	・18歳以上、1～6年 以内にstage 0～ Ⅲの乳がん (BCA) と診断 ・少なくとも中程度 の苦痛を伴う お よび負担のレベル (CES-Dが8以上 のスコアおよび FACT-Bで測定さ れた少なくとも中 程度の苦痛と負担 のレベル) ・221名	・健康関連のQOLの文脈 モデルと認知行動療法 の枠組みに基づいてお り、文化的要因 (民族、 言語など) と社会生態 学的要因 (収入、教育、 感情的緊張など) に対 応し、リソースの活用と BCAに対処するための 解決策に焦点を当てた 回復力のある方向性を 促進するように設計 ・40～50分の心理教育 電話セッションを8回 ・110名	通常治療群 ・111名	・抑うつ：CES-D ・介入実施後約3～4カ月	・抑うつ：対照群と比べ、介 入群の方が有意に低下した (P<0.05)	
Beutel, et al. 2014 ¹²⁾	ランダム 化比較試 験	・18～69歳、女性乳 がん (stage TO～ 4, NO～1, MO) ・HADSが8点以 上、ICD-10基準 でうつ病の診断が つく者 ・157名	・短期精神力的精神療 法 (STPP) ・最大5回の前治療セッ ションと20回の精神 療法セッションが週に 1回 ・78名	・通常治療群 ・79名	・抑うつ：HADS-Dの少な くとも2ポイントの低下 ・治療直後	・抑うつ：対照群と比べ、介 入群の方が治療終了時有意 に低下した (P=0.004)	

(つづく)

【臨床疑問 3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Nelson, et al. 2019 ⁽³⁾	ランダム化比較試験	・70歳以上、乳がん、前立腺がん、肺がん、リンパ腫 ・婦人科系がんの診断後6カ月以上経過しており、かつ積極的ながん治療中、あるいは最終治療の6カ月以内のすべてのstage ・DTのスコアが4以上、またはHADSのスコアが6以上 ・59名	・Cancer and Aging: Reflections for Elders (CARE) ・高齢のがん患者の苦痛を軽減するために設計された、電話による介入 ・7週間 ・31名	・強化されたソーシャルワーク対照群(老年医学を専門とする数人のソーシャルワーカーの1人(合計6人の介入者)との最初の電話セッションと、その後の4回の電話(CAREアームと同様の時間間隔で配置)で構成) ・28名	・抑うつ: HAD-D ・不安: HADS-A ・研究登録時、介入後、および研究後4カ月目	・抑うつ: 対照群と比べ、介入群の方が介入後有意に低下した ($P=0.01$) ・不安: 対照群と比べ、介入群は有意な改善は得られなかった	
Charalambous, et al. 2015 ⁽⁴⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上、乳がん(臨床病期T3N1M0)、前立腺がん(臨床病期T3a) ・不安およびうつ病を患う(センターの精神科医による紹介された) ・236名	・漸進的筋弛緩法とガイド付きイメージ法 ・3週間 ・120名	・通常治療群 ・116名	・抑うつ: BDI-II ・不安: SAS ・介入直後	・抑うつ: 対照群と比べ、介入群の方が介入後有意に低下した ($b=-29.4, P<0.001$) ・不安: 対照群と比べ、介入群の方が介入後有意に低下した ($b=-29.4, P<0.001$)	(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Krebber, et al. 2016 ⁽¹⁵⁾	ランダム化比較試験	・少なくとも1カ月前には治療を希望していた頭頸部がんまたは肺がん患者 ・HADS得点が閾値以上(うつ7点, または不安7点, または合計14点) ・156名	・ステップドケア (Step 1 注意深い経過観察⇒Step 2 ガイド付きセルフヘルプ⇒Step 3 問題解決療法⇒Step 4 精神療法+薬物療法) ・介入期間の設定なし (HADS-Dが7点以上のままだと次のステップへ) ・75名	・通常治療 ・81名	・抑うつ：介入群では通常治療群と比較して得点が介入前から介入直後で有意に改善 (ES=0.64, P<0.001) ・不安：介入群と通常治療群にて、介入前から介入直後のHAD-A得点の変化量を比較し、差はなし (ES=0.024, P=0.038) ・全般的な気持ちのつらさ：介入群では通常治療群と比較してHAD-total得点が介入前から介入直後で有意に改善 (ES=0.56, P=0.001)	・QOL：介入群では通常治療群と比較してEORTC QLQ-C30のrole, emotional cognitive, social functioningの得点が介入前から介入直後で有意に改善(詳細は論文に記述なし)
Dowlatabadi, et al. 2016 ⁽¹⁶⁾	ランダム化比較試験	・診断から3カ月以内の乳がん患者 (20~50歳) ・軽症から中等症のうつ症状(BDI-IIが14~28点) ・33名	・集団ポジティブ精神療法 ・週1回(90分)×10セッション ・16名	・対照 ・17名	・抑うつ：介入群では対照群と比較して介入前から介入直後で得点が有意に改善 (F=22.4, P<0.001)	・幸福感：介入群では対照群と比較して介入前から介入直後でOHI得点が有意に改善 (F=39.93, P<0.001)
Greer, et al. 2012 ⁽¹⁷⁾	パイロットランダム化比較試験	・治療不能固形がん患者 ・18歳以上 ・HAM-A 14点以上の不安がある ・40名	・簡易的認知行動療法 (4つのモジュールで6~7セッション) ・2カ月 ・20名	・待機群 ・20名	・抑うつ：対照群と比較してMADRSとHADS-Dにおいて、差はなかった ・不安：対照群と比較して、CBT群では不安が有意に低下した。HAM-A (95%CI=10.78~-0.04, P=0.05, Cohen's d=0.80), CGI for Anxiety (95%CI=-1.81~-0.14, P=0.02, Cohen's d=0.94), HADS-A (95%CI=-3.44~-0.12, P=0.04, Cohen's d=0.84)	・QOL：対照群と比較して、差がなかった

(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Serfaty, et al. 2019 ⁽¹⁸⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上 ・うつ病と診断された ・治療不能の進行がん患者 ・230名	・認知行動療法 ・1回1時間のセッションを最大12回、16週以内にを行う ・115名	・通常治療 ・115名	・抑うつ：BDI, PHQ-9 ・QOL：EQ-5D	・QOL：CBT群は対照群に比べて有意な差はなかった
Breitbart, et al. 2018 ⁽¹⁹⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上のstage IVの固形腫瘍がん ・DTが4点以上 ・321名	・人生の意味に焦点を当てた個別の精神療法 ・3～8セッション(最大14週間) ・109名	・支持的精神療法(SP)および強化された通常ケア(EUC)群 ・108名, 104名	・抑うつ：対照群と比べ、介入群で有意に低下した (P<0.05) ・不安：対照群と比べ、介入群で有意な改善は得られなかった	・QOL：対照群と比べ、介入群の方が, SWB, LAP-R, MQOL が有意に改善した
Johns, et al. 2020 ⁽²⁰⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上, stage I～IIIの乳がん ・FCRI-SFのスコアが13/45以上 ・91名	・acceptance and commitment therapy (ACT) ・週6回の2時間 ・33名	・教育群 ・通常治療群 ・32名, 26名	・抑うつ：介入群は介入直後において対照群と比べて有意差は認めなかった ・不安：介入群は介入直後において対照群と比べて有意差は認めなかった	
Rodríguez, et al. 2011 ⁽²¹⁾	ランダム化比較試験	・予後1年以上で転移なしの肺・乳・結腸直腸がん (18～75歳) ・HADS-Dが8点以上 ・72名	・統合療法 (ナラティブセラピー+エススタロプラム) ・45分/週を12セッション ・39名	・通常治療群 ・33名	・抑うつ：介入群 (Mean Change=12.46, 95%CI 11.4-13.4) と対照群 (Mean Change=12.48, 95%CI 11.4-13.5) で、介入前から介入直後のHAD-D得点の変化量を比較し、差はなし	・QOL：介入群では対照群と比較してEORTC QLQ-C30の physical (P<0.001), social (P<0.001), emotional (P<0.001), cognitive (P<0.001), role (P<0.001) の得点が介入前から介入直後で有意に改善

(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Compen, et al. 2018 ²²⁾	ランダム化比較試験	- すべてのがん種、ステージ - HADS が 11 点以上 245 名	- グループベースのマインドフルネスベース認知療法 (MBCT) 77 名 - インターネット上のマインドフルネスベース認知療法 (eMBCT) 90 名 8 週間	- 通常治療群 78 名	- 全般的な気持ちのつらさ: HADS - 介入直後	全般的な気持ちのつらさ: 介入後, MBCT 群, eMBCT 群とも, 対照群よりも有意に低下した。MBCT (Cohen's d = 0.45, P < 0.001), eMBCT (Cohen's d = 0.71, P < 0.001)	
Zernicke, et al. 2014 ²³⁾	ランダム化比較試験	18 歳以上, あらゆる種類/病期のがんの診断, 過去 3 年以内に原発がん治療を完了 - DT のスコアが 4 点以上 62 名	- オンライン同期マインドフルネスベースのがん回復 (MBCR) プログラム 8 週間 30 名	- 通常治療群 32 名	- 全般的な気持ちのつらさ: POMS - 介入直後	全般的な気持ちのつらさ: 対照群と比べ, 介入群の方が介入後有意に低下した (d = 0.44, P = 0.049)。TMD は対照群と比べ, 介入群の方が有意に低下した (d = 0.49, P = 0.021)	
Carlson, et al. 2013 ²⁴⁾	ランダム化比較試験	- 乳がん Stage I ~ III 18 歳以上 - DT 4 以上 271 名	- mindfulness-based cancer recovery (MBCR) 113 名 - supportive-expressive group therapy (SET) 104 名	- 教育的な 6 時間間のストレスマネージメントセミナー 54 名	- 全般的な気持ちのつらさ: POMS - QOL: FACT-B - 介入前, 介入後	全般的な気持ちのつらさ: 混合効果モデルで群間×時間効果, 群間効果も有意ではなかった	QOL: 混合効果モデルで群間×時間効果, 群間効果も有意ではなかった
Qiu, et al. 2018 ²⁵⁾	ランダム化比較試験	20~65 歳 - HAM-D で 8 点以上, HAM-A で 8 点以上抑うつもしくは不安のある - 乳がん患者 392 名	- 認知行動療法 (ブレゼンテーション, グループディスカッション, ハンドアウト, 宿題のある, 心理教育的, 相互的, 構造化されている。9 つのセッションで構成) 98 名	- 通常治療 196 名 - セルフケアマネージメント (SCM) 98 名	- QOL: FACT-B - 介入前, 2 週後, 4 週後, 8 週後, 12 週後, 16 週後, 24 週後	全般的な気持ちのつらさ: 介入後, 4 週後, 8 週後, 12 週後, 16 週後, 24 週後	QOL: CBT 群が SCM 群と通常治療群と比較して有意に改善した (P < 0.01)

(つづく)

【臨床疑問3】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Compen, et al. 2020 ⁽²⁶⁾	ランダム化比較試験	- すべてのがん種, stage - HADS が 11 点以上 245 名	- MBCT あるいは eMBCT 1 回 2.5 時間 8 週間グループセッション, 6 時間の瞑想, 1 日 45 分のホームワーク - MBCT 77 名, eMBCT 90 名	- 通常治療群 78 名	- QOL : EQ-5D - 介入前, 介入直後, 介入 3 カ月後, 介入 9 カ月後	QOL : 2 つの介入群は通常治療群より有意に QOL が高く ($P < 0.001$), 中程度の効果がみられた (eMBCT = 0.54, MBCT = 0.53)

BDI : Beck Depression Inventory, CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CGI : Clinical Global Impression Scale, CWS : Cancer Worry Scale, DT : Distress Thermometer, EORTC-QLQ-C33 : European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core33, EQ-5D : EuroQol 5 Dimension, FACT-B : The Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast, FACT-G : Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FCRI : Fear of Cancer Recurrence Inventory, GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder 7, HADS : Hospital Anxiety Depression Scale, HAM-A : Hamilton Anxiety Rating Scale, HDRS : HAM-D : Hamilton Depression Rating Scale, K-POMS-B : Korean version of Profile of Mood States-Brief, LAP-R : Personal Meaning Index of the Life Attitude Profile-Revised, MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MQOL : McGill Quality of Life Questionnaire, MUNSH : the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness, PHQ-8 : Eight-item Patient Health Questionnaire depression scale, POMS : Profile of Mood States, SAS : Zung Self-Rating Anxiety Scale, SDS : Self-rating Depression Scale, SWB : FACIT Spiritual Well-Being Scale, TMD : Total Mood Disturbance

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？

▶ 推奨文

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、協働的ケアを実施することを推奨する。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：1（強い）

■エビデンスの確実性（強さ）：A（強い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として協働的ケアを実施する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

協働的ケアとは、プライマリ・ケア医などの医療者が、精神科医のスーパービジョンを受けながら、あらかじめ定められたプロトコルに基づいて、患者の症状に合わせてうつ病のアセスメントや管理を行うことを指す。詳細はⅡ章-9B-1「協働的ケア」（P175）を参照されたい。

介入の前提として、Ⅱ章-7にある「すべての医療者が実践すべき対応」を実施すること。

●採用文献の概要

本臨床疑問で対象とした協働的ケアについては、先行するシステマティックレビュー¹⁾の記述を参考に、①精神科医以外の医療者が、②精神科医と連携しながら医療にあたること、③ケア・マネージャー^{*1}を含むチームアプローチであること、④あらかじめ定められたプロトコルに基づいて精神症状のアセスメントと管理を行うこと、と定義した。

システマティックレビューの結果、2件のシステマティックレビュー論文と、7件のランダム化比較試験を採用した。

システマティックレビューのうち1つは、うつ病と診断された患者、あるいはうつ病評価尺度で閾値を超えた患者に対する協働的ケアの有効性を検討したもので、メタアナリシスの結果、介入群は通常治療群に比して有意に効果が高く、うつ症状の軽減は12カ月後も持続していることが示された¹⁾。もう1つは協働的ケアを構成する人的要素、ケアの実施方法、チームメンバーの役割と責任について検討したものであった²⁾。この2件のシステマティックレビューの両方で、今回のシステマティックレビューで採用された7件のランダム化比較試験すべてが採用されていた³⁻⁹⁾。

7件のランダム化比較試験では、平均症例数は250名（標準偏差134.61、55～405名）で

*1：ここでのケア・マネージャーとは、対象となる患者のケアのコーディネーター（ケース・マネージメント）を行う医療者を指す。わが国の介護保険制度における担当職種（いわゆるケアマネ）とは異なる。

あった。対象患者のがん種は、1件の研究で肺がん³⁾、1件の研究で乳がんまたは子宮頸がん⁴⁾、5件の研究では特定していなかった⁵⁻⁹⁾。3件の研究がうつ病^{3,5,9)}、2件の研究がうつ病および気分変調性障害^{6,7)}、1件の研究がうつ病、気分変調症および1カ月以上持続する抑うつ症状⁴⁾、1件の研究が自己記入式質問紙において閾値以上のうつ症状を有する患者、をそれぞれ対象としていた⁸⁾。7件の研究すべてが通常のケア、または強化された通常のケアを対照群としており、協働的ケアのなかでは、6件の研究で抗うつ薬治療と精神療法（心理療法、サイコセラピー）^{3-7,9)}、1件の研究で抗うつ薬治療のみ⁹⁾を行っていた。協働的ケアに含まれた精神療法は、抗うつ薬治療と併用の6件の研究のうち4件の研究では問題解決療法^{4,5,7,9)}、2件の研究では問題解決療法と行動活性化が行われていた^{3,6)}。

アウトカムとしては、7件のランダム化比較試験すべてでうつ症状を主要アウトカムとしていた。副次アウトカムとしては、3件の研究で不安、6件の研究でQOLを採用していた。気持ちのつらさ、生存について検討した論文はなかった。

そこで、ガイドライン作成グループは、本臨床疑問の推奨の判断に重要なアウトカムとして、1) 抑うつ、2) 不安、3) QOLの3つのアウトカムに関するエビデンスを評価した。

1) 抑うつ〔エビデンスの確実性（強さ）：A（強い）〕

7件のランダム化比較試験すべてにおいて、自己記入式質問紙法におけるうつ症状を主要アウトカムとしていた。7件の研究すべてで、対照群に比して介入群でうつ症状の有意な改善がみられた。

Walkerら³⁾は、予後が3カ月以上と見込まれる肺がん患者で、DSM-IVでうつ病と診断された患者を対象に、精神科医にスーパービジョンを受けた看護師による症状評価、問題解決療法および行動活性化による心理介入と、プライマリ・ケア医による薬物療法からなる治療介入を行い、介入群68名、対照群74名で比較検討した。その結果、介入群では対照群に比して有意に研究期間におけるSCL20うつ病尺度（20-item Symptom Checklist Depression Scale）の重症度が低かった。

Dwight-Johnsonら⁴⁾は、3カ月以上前に診断を受けた子宮頸がんまたは乳がん患者で、うつ病または気分変調症の診断基準を満たすか、持続的に抑うつ症状を呈した患者を対象に、ソーシャルワーカーによる問題解決療法を含む8回の面接か、オンコロジストによる薬物療法かを選択できる治療介入を行い、介入群28名、対照群27名で比較検討した。その結果、介入群でPatient Health Questionnaire（PHQ-9）で改善率が有意に高かった。

Strongら⁵⁾は、少なくとも6カ月以上の予後が見込まれるがん患者で、1カ月以上うつ病の診断を満たし、かつSCL20の得点が1.75以上である患者を対象に、精神科医によってスーパービジョンを受けた看護師による心理教育と問題解決療法、およびプライマリ・ケア医による薬物療法からなる治療介入を行い、介入群101名、対照群99名で比較した。その結果、介入群においてSCL20でうつ症状が改善した患者が有意に多かった。

Fannら⁶⁾は、60歳以上のがん患者でDSM-IVのうつ病か気分変調症を満たす患者を対象に、看護師か心理士による心理教育と行動活性化の介入およびプライマリ・ケア医による薬物療法からなる治療介入を行い、介入群112名、対照群103名で比較検討した。その結果、対照群に比し介入群においてSCL20でうつ症状が改善した患者が有意に多かった。

Ell ら⁷⁾は、がんと診断されてから 90 日以上経過している患者で、PHQ-9 で 10 点以上を示すか、DSM-IV で気分変調症と診断された患者を対象に、精神科医にスーパービジョンを受けたソーシャルワーカーによる問題解決療法と、患者の希望によっては精神科医による抗うつ薬両方を組み合わせた介入を行い、介入群 242 名、対照群 230 名で比較検討した。その結果、対照群に比し介入群において 12 カ月後に PHQ-9 でうつ症状が改善した患者が有意に多かった。

Kroenke ら⁸⁾は、PHQ-9 でうつ症状を示し、かつ痛みを有するがん患者に対し、精神科医にスーパービジョンを受けた看護師の電話によるケア、電話またはインターネットの自動音声による症状モニタリング、服薬の推奨からなる介入を行い、介入群 154 名、対照群 155 名で比較検討を行った。その結果、対照群に比し介入群で HCL-20 (20-item Hopkins Symptom Checklist) のうつ症状が改善した患者が有意に多かった。

Sharpe ら⁹⁾は、18 歳以上で 12 カ月以上の予後が見込まれるがん患者で、DSM-IV においてうつ病の基準を満たす患者に対し、精神科医によってスーパービジョンを受けた看護師による心理教育と問題解決療法、およびプライマリ・ケア医による薬物療法からなる治療介入を行い、介入群 253 名、対照群 247 名で比較した。その結果、介入群において、SCL20 でうつ症状が改善した患者が有意に多かった。

2) 不安〔エビデンスの確実性(強さ): A (強い)〕

採用論文のうち、不安をアウトカムとして協働的ケアの効果を検証した研究は 3 件であった。3 件すべてで、対照群に比して、介入群で有意に不安症状の改善がみられた。この 3 件の研究はすべて 1) で検討した研究に含まれるものである。

Walker ら³⁾の研究では、介入群では対照群に比して有意に研究期間における 10 item-Symptom Checklist Anxiety Scale (SCL-10) 不安尺度の重症度が低かった。

Strong ら⁵⁾の研究では、対照群に比して、介入群で SCL-10 不安尺度の重症度が有意に低かった。

Sharpe ら⁹⁾の研究では、対照群に比して、介入群で SCL-10 不安尺度の重症度が有意に低かった。

3) QOL〔エビデンスの確実性(強さ): B (中程度)〕

採用論文のうち、QOL をアウトカムとして協働的ケアの効果を検証した研究は 6 件であった。そのうち 4 件で対照群に比して、介入群で QOL の改善がみられ、2 件では下位尺度で改善がみられた。なお、6 件すべてが 1) に含まれた研究であった。

Walker ら³⁾の研究では、介入群では対照群に比して、有意に研究期間における European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) の得点が高かった。

Dwight-Johnson ら⁴⁾の研究では、Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (FACT) の総得点では差がなかったが、対照群に比して、介入群で感情的ウェルビーイング尺度の改善率が有意に高かった。

Strong ら⁵⁾の研究では、対照群に比して、介入群で EORTC-QLQ-C30 の得点が有意に高かった。

Fann ら⁶⁾の研究では、対照群に比して、介入群で 10 段階評価の主観的 QOL 得点が有意に

高かった。

Ell⁷⁾の研究では、対照群に比して、介入群で FACT の社会的ウェルビーイング尺度の得点が有意に高かった。

Sharpe⁹⁾の研究では、対照群に比して、介入群で EORTC-QLQ-C30 の得点が有意に高かった。

●解説

がん患者の気持ちのつらさへ対処することは重要であるが、治療にあたるべき精神科医はがん治療の場には不足している。その対策の一つとして、がんに罹患したうつ病患者に対する協働的ケアが挙げられており、その有効性の検証は重要な臨床課題である。

協働的ケアは元来、うつ病患者への介入として開発、研究されてきた経緯があり、採用文献もすべてが主要アウトカムを抑うつの改善においていた。副次アウトカムとしては、3 件の文献で不安、6 件の文献で QOL の改善が示されており、うつ病に限定せず広く、気持ちのつらさに対して有効であると考えられる。

1) 益と害のバランス

システマティックレビューでは、がんに罹患したうつ病ないしうつ状態の患者に対する協働的ケアの有効性を検証したランダム化比較試験が 7 件あり、そのすべてで有効性が示されていて、エビデンスの確実性は高い。また不安については取り扱った 3 件のすべてで、QOL については取り扱った 6 件中すべてで (4 件で全般的に、2 件で下位尺度において) 有効性が示されている。

検討の対象とした研究においては、害について検証した報告はなかった。協働的ケア自体は対人交流を主としたソフトな介入であることを考えると、著しい害は想定されず、益と害のバランスにおいては介入が優れていると推測される。

2) 患者の価値観・希望

患者の価値観または希望については検討されていない。

3) コスト・臨床適応性

採用文献では、コストについては検討されていない。がん患者に限らない、プライマリ・ケアにおけるうつ病治療を目的とした協働的ケアに関するシステマティックレビューでは、協働的ケアは費用対効果が高いことが示唆されているが^{3d)}、医療システムの異なるわが国の状況に当てはまるかは不明である。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会 (American Society of Clinical Oncology : ASCO) の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネジメントに関するガイドライン」において、不安および抑うつの治療に際しては症状の重症度に基づいて最も有効で、かつ治療資源を用いない介入を選ぶ「段階的ケア」が推奨されている^{b)}。段階的ケアは協働的ケアに費用対効果の視点を加えたものであり、協働的ケアが推奨されているとみることができる。

5) 実施に関わる検討事項

わが国において、がん患者のうつ病に対し、協働的ケアを行った研究はなく、実施可能性については検証されていない。しかしわが国では、約 451 カ所のがん診療連携拠点病院などにおいては、がん医療に関わる認定看護師・専門看護師が必ず配置されており、また、常勤の心理士(公認心理師・臨床心理士)が配属されている施設も多い。そういった職種がケア・マネージャーを担う人材になりうると思われ、実施できる可能性は十分あると考えられる。例としては、精神科医・心療内科医が常勤していない病院において、ケア・マネージャーとなる看護師が、非常勤精神科医師にスーパービジョンを受けながら、院内のがん診療医と連携してうつ病の診療にあたるといった介入形態が想定される。

6) 今後の研究の可能性

協働的ケアががん患者の気持ちのつらさに有効であることを考慮し、わが国で協働的ケアを試行し、実施可能性を実証することが望まれる。

(岡島美朗, 馬場知子)

■ 文 献

- 1) 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
- 2) Shaw J, Sethi S, Vaccaro L, et al. Is care really shared? A systematic review of collaborative care (shared care) interventions for adult cancer patients with depression. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 120
- 3) Walker J, Hansen CH, Martin P, et al. Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *Lancet Oncol* 2014; 15: 1168-76
- 4) Dwight-Johnson M, Ell K, Lee PJ. Can collaborative care address the needs of low-income Latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. *Psychosomatics* 2005; 46: 224-32
- 5) Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008; 372(9632): 40-8
- 6) Fann JR, Fan MY, Unützer J. Improving primary care for older adults with cancer and depression. *J Gen Intern Med* 2009; 24(Suppl 2): S417-24
- 7) Ell K, Xie B, Quon B, et al. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4488-96
- 8) Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al. Effect of tele-care management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA* 2010; 304: 163-71
- 9) Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet* 2014; 384(9948): 1099-108

■ 参考文献

- a) van Steenberg-Weijnenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 19
- b) 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

【臨床疑問 4】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Li, et al 2017 ¹⁾	システム ティック レビュー	・成人がん患者 ・うつ病の診断またはうつ病の評価尺度で閾値以上 ・8つの研究	・協働的ケア：問題解決療法、電話でのフォローアップなど	・通常ケア、プラセボまたはその他の治療群	記載なし	・メタアナリシスの結果、介入群は通常治療群に比べて有意に有効(P=0.0003)であり、うつ症状の軽減は12カ月後も持続していた	・8つの薬物療法による介入研究と9つの精神療法による介入研究を比較対象として記載
Shaw, et al 2019 ²⁾	システム ティック レビュー	・18歳以上のがん患者 ・うつ病の診断またはうつ病の評価尺度で閾値以上 ・8つの研究	・協働的ケア：がん患者のうつ病に対してプライマリ・ケアおよび三次医療でのケアを統合する治療アプローチ ・すべての研究で心理教育が含まれていた ・ほとんど(n=7)で精神療法と/または抗うつ薬による薬物療法が含まれていた	・通常ケア、待機群またはその他の治療群	・抑うつ：PHQ-9, SCL-20, CES-D など		・ケアの提供施設はがんセンターが多く(n=5)、ケアの提供者は訓練を受けた看護師(n=4)、ソーシャルワーカー(n=2)、心理士(n=1)、または看護師と心理士両方が含まれていた(n=1)
Walker, et al. 2014 ³⁾	ランダム化 比較試験	・3カ月以上の予後がある18歳以上の肺がん患者 ・4週間以上うつ病の診断規準を満たす者 ・142名	・精神科医のスーパービジョンを受けた看護師による症状モニタリング、問題解決療法/行動活性化、プライマリ・ケア医による薬物療法 ・68名	・通常ケア ・74名	・抑うつ：SCL-20 ・不安：SCL-10 ・QOL：EORTC-QLQ-C30 ・評価時期：研究時期の平均(最長32週)	抑うつ：介入群で、介入後のSCL-20スコアが有意に低かった(P=0.0003)	・QOL：介入群でEORTC-QLQ-C30のスコアが有意に高かった(P=0.018) ・自己評価によるうつ病の改善、不安、生活の質、役割機能、ケアの質、および12週間の治療反応を達成した患者の割合も、介入群が対照群よりも有意に良好であった(つづく)

【臨床疑問4】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Dwight-Johnson, et al. 2005 ⁴⁾	ランダム化比較試験	- 乳がんか子宮頸がんの診断を3カ月以上前に受けた女性 - うつ病、気分変調症の診断基準を満たすか、ベースラインと1カ月後に持続的抑うつ症状を示した患者 ・55名	- 精神科医のスーパービジョンを受けたがん/うつ病スケジュール（ソーシャルワーカー）による介入 ・教育セッション後に問題解決療法（週に1回×8週）、またはオンコロジストによる薬物療法（精神科医へのコンサルトが可能）を選択 ・8カ月 ・28名	- 通常ケア ・27名	- 抑うつ：PHQ-9 ・QOL：FACT ・評価時期：4カ月後と8カ月後	抑うつ：介入群でPHQスコアが有意に高く（$P=0.04$）、50%以上改善者の割合（$P=0.03$）が有意に良好であった	・QOL：介入群で8カ月後の情緒的なウェルビーイングが有意に改善（$P=0.03$） ・介入期間中、対照群で死亡患者が多かった（$P=0.002$）
Strong, et al. 2008 ⁵⁾	ランダム化比較試験	・6カ月以上予後のあるがん患者 ・うつ病の診断基準を満たし、SCL-20でうつ病尺度が1.75以上の患者 ・200名	- 精神科医のスーパービジョンを受けた看護師のケア（心理教育、問題解決療法）、プライマリ・ケア医による薬物療法 ・3カ月の治療セッション、その後は1カ月ごとのフォローアップ ・101名	- 通常ケア ・99名	- 抑うつ：SCL-20 ・不安：SCL 90 ・QOL：EORTC-QOL C30, EQ-5D ・評価時期：ベースライン、3、6、12カ月後	抑うつ：介入群で3カ月後のSCL-20スコアは有意に低く（$P=0.002$）、50%以上改善者の割合も有意に高かった（$P=0.008$）。治療効果は6カ月後と12カ月後も維持された	・QOL：介入群では質調整生存率は通常ケア群に比べて有意に良好であった（6カ月後：$P<0.001$、12カ月後：$P=0.01$） ・不安と倦怠感は介入群の方がより大きく減少した。痛みや身体機能にはその傾向はなかった
Fann, et al. 2009 ⁶⁾	ランダム化比較試験	・60歳以上のがん患者 ・DSM-IVのうつ病が気分変調症を満たす者 ・215名	- 精神科医のスーパービジョンを受けた看護師または心理士による抑うつマネジメント（既往の伝達、教育的、行動的活性化、治療方法決定のサポート） ・問題解決療法、薬物療法はオプション ・最長12カ月 ・112名	- 通常ケア ・103名	- 抑うつ：SCL-20 ・QOL：10点法 ・評価時期：3、6、12、18、24カ月後	抑うつ：介入群でSCL-20スコア50%以上の改善者の割合が高く（6カ月後$P=0.03$、12カ月後$P=0.029$）、12Zカ月後の寛解率（$P=0.031$）、無症状日数（$P<0.001$）がより多かった	QOL：介入群で有意に高かった（$P=0.039$）

(つづく)

【臨床疑問 4】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Elli, et al. 2008 ⁷⁾	ランダム化 比較試験	・90 日以上前にがん診断 ・18 歳以上のヒスパニックの女性 ・2 日に 1 日以上うつ症状の 2 つの主要症状のうち少なくとも 1 つが存在 ・472 名	・精神科医にスーパービジョンを受けたソーシャルワーカーによるケア ・問題解決療法 (週に 1 回×6~12 週) と/または薬物療法 (精神科医が処方) ・12 カ月間の治療維持, 再発予防プログラム ・242 名	・拡大版通常ケア ・230 名	・抑うつ: PHQ-9 ・QOL: FACT-G と SF-12 ・評価時期: 6 カ月後, 12 カ月後	抑うつ: 12 カ月後, 介入群で PHQ-9 得点が 50% 減少した者の割合が有意に高く (P=0.01), PHQ-9 得点が 5 ポイント減少する割合も有意に高かった (P=0.002)	QOL: 介入群で, 6 カ月後の FACT-G の身体機能と機能的ウェルビーイング, SF-12 の精神的要素は有意に改善。12 カ月後の社会的/家族, 情緒的, 機能的ウェルビーイングと SF-12 の身体的要素の得点も有意に改善
Kroenke, et al. 2010 ⁸⁾	ランダム化 比較試験	・PHQ-9 で 10 点以上で, 抑うつ気分がアンヘドニアをもつがん患者 ・309 名	・精神科医のスーパービジョンを受けた看護師 (nurse care manager) からの電話連絡によるケア (1, 4, 12 週目), 自動症状モニタリング (自動音声による電話またはウェブ), 服薬マネージメント (オンライン推奨) ・154 名	・通常ケア ・155 名	・抑うつ: HCL-20 ・評価時期: ベースライン, 1, 3, 6, 12 カ月後	抑うつ: 介入群で HCL-20 の改善が 12 カ月を通して有意に高かった (P=0.001)	
Sharpe, et al. 2014 ⁹⁾	ランダム化 比較試験	・12 カ月以上の予後がある 18 歳以上のがん患者 ・うつ病の診断を 4 週間以上満たす者 ・500 名	・精神科医のスーパービジョンを受けた看護師による症状モニタリング, 問題解決療法/行動活性化, ブライマリ・ケア医による薬物療法 ・253 名	・通常ケア ・247 名	・抑うつ: SCL-20 ・QOL: EORTC-QLQ-C30 ・評価時期: ベースライン, 12, 24, 36, 48 週後	・抑うつ: 24 週後, 介入群で SCL-20 スコア 50% 以上の改善者の割合が高かった (P<0.0001) ・QOL: すべての評価時点で介入群が良好であった (P<0.05)	対照群に比べて介入群は抑うつ, 不安, 痛み, 倦怠感が少なく, 機能, 健康, QOL, 抑うつケアの質の知覚の値が良かった (すべての評価時点で P<0.05)

CES-D : The Center for Epidemiological Studies-Depression, EORTC-QLQ-C30 : European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30, EQ-5D : EuroQol 5 dimensions, FACT : Functional Assessment of Cancer Therapy, HCL-20 : 20-item Hopkins Symptom Checklist, PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9, SCL-20 : Symptom Checklist 20, SF-12 : 12-item Short Form Survey

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？

▶ 推奨文

早期からの専門的緩和ケアは QOL の向上や症状の緩和を目的として進行・再発（根治不能）と診断されたすべてのがん患者に考慮されるべき介入である。

しかし、閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした直接的なエビデンスがないことから、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は早期からの専門的緩和ケアのみで対応しないことを提案する。

本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、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を単独で実施する（その他の精神心理的介入を行わない）状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

本臨床疑問では、早期からの専門的緩和ケアを、「進行・再発性（根治不能）のがんと診断された患者に対し、診断後早期から緩和ケアの専門家が関与する包括的ケア（身体・精神・社会・実存的苦痛へのケア）を提供すること」と定義し、腫瘍の影響によって生じた苦痛や症状を広く予防もしくは緩和し QOL の向上を目的とする介入を行う研究を対象とした。非専門家による緩和ケア（いわゆる基本的緩和ケア）や、がん治療で発生する副作用の予防ないし症状軽減を目的とする治療（いわゆる支持療法）は含まないこととした。また、早期からの専門的緩和ケアは、本来、精神・心理専門職との連携を内包するが、本臨床疑問においては、精神・心理症状の緩和を主たる目的とした連携サービス（例：臨床疑問 4 で扱った協働的ケアなど）は対象としないこととした。

早期からの専門的緩和ケアの詳細については、Ⅱ章-9B-2「早期からの緩和ケア」（P177）を参照されたい。

早期からの専門的緩和ケアは、気持ちのつらさの軽減以外にも、QOL の向上、症状の緩和、意思決定支援などを目的として実施されることもあり、本臨床疑問・推奨文は、そのような目的で早期からの専門的緩和ケアを提供することを妨げるものではない。介入の前提として、Ⅱ章-7にある「すべての医療者が実践すべき対応」を実施すること。

なお、推奨の策定過程においては、1名のデルファイ委員よりがん医療における早期からの専門的緩和ケアの重要性に鑑み、閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした直接的エビデンスがない以上、「推奨なし」とすべきという意見もあった。

閾値以下の気持ちのつらさは、本臨床疑問・推奨文の対象ではないが、「閾値以上の気持ちのつらさ」に対する研究知見が不十分であり、「対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究」の知見が参考になる可能性があると考え、末尾に【参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要】としてまとめた。

●採用文献の概要

系統的な文献検索の実施に際し、該当するシステマティックレビュー・メタアナリシス論文をコクランライブラリーから同定し（参考資料：Haun 2017）、同文献で用いられた検索式を踏襲し、本ガイドラインのためにコクランライブラリーの最終検索日から直近までの追加検索を行うこととした。造血幹細胞移植・高用量化学療法を受ける造血器悪性腫瘍患者を対象とした研究など、根治を目指した抗がん治療が基本となる研究は対象から除外することとした。コクランライブラリーでは、21,475件の書誌情報から、最終的に7件のランダム化比較試験が組み入れられた。本ガイドラインでの追加検索では、4,675件の書誌情報から、追加で副次論文（Maltoni 2016^a）と Maltoni 2016^b）、Vanbutsele 2018^c）と Vanbutsele 2020^d）、Groenvold 2017^e）と Johnsen 2020^f）は同一試験）を統合し13件が組み入れられ、合計20件を対象に解析を行った。このうち、閾値以上の抑うつまたは痛みが登録組み入れ基準に設定された研究が1件あったが、同研究の参加者の大部分は痛みを理由に組み入れられた者であった。そのため閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした研究は1件もないと判断した。

●解説

1) 益と害のバランス

閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者に対して、気持ちのつらさの緩和を目的として早期からの専門的緩和ケアサービスの効果を検証した研究はない。したがって、気持ちのつらさが閾値以上の場合、早期からの専門的緩和ケアサービス単独で対処するのではなく、より推奨度の高い介入を優先すべきである。早期からの専門的緩和ケアサービスの提供によって、よりエビデンスレベルの高い介入の提供の遅れにつながらぬよう注意する必要がある。

一方、気持ちのつらさの閾値を設定しない研究においては、早期からの専門的緩和ケアサービスが気持ちのつらさを軽減する知見があり、閾値以上の気持ちのつらさを有しないがん患者に対しては、気持ちのつらさの軽減を期待して早期からの専門的緩和ケアサービスの提供を考慮してよい。さらに、通常診療における早期からの専門的緩和ケアでは、閾値以上の患者の場合、そのまま専門的緩和ケアサービスが介入を続けるというより、精神科チームにコンサルテーションするケースがわが国では多いと考えられ、早期からの専門的緩和ケアサービスの担当者が、適切な時期でのコンサルテーションを行う努力が重要と考えられる。

2) 患者の価値観・希望

実臨床において、患者の苦痛は過小評価になる傾向があり、身体症状より精神症状の方がさらにその傾向が強いことが知られている。そのような苦痛をかかえる対象への介入が望まれる一方で、苦痛が高まっていない対象への介入は望まれない可能性もあり、患者のニーズや苦痛のスクリーニングなどを駆使して、介入対象を同定することが有望と思われる。患者における容認性については、個性が高いものと思われる。特に、専門的緩和ケアを受けることへの抵抗感への慎重な対応が望まれる。

3) コスト・臨床適応性

専門的緩和ケアの提供は、外来・入院ともに患者に追加の費用負担が生じるものの、その費用対効果に関する研究は限られている状況である。また、本臨床疑問で組み入れられた研究では、臨床試験の性質上、介入群に割り付けられた研究対象者全例に介入が提供されたが、実臨床での全症例への介入は実施可能性が低いと考えられる。苦痛のスクリーニングなどで、適切な対象者の同定が必要と考えられる。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）^{g,h)}から出版されたガイドラインで、「進行がん患者は、抗がん治療と並行して、診断早期に多職種で構成された緩和ケアチームに紹介すること」に強い推奨が提示された。さらに、欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）のポジションペーパーⁱ⁾やわが国のがん対策推進基本計画でも、診断後早期から緩和ケア（基本的緩和ケアを含む）を提供する意義について言及されている。

5) 実施に関わる検討事項

この推奨は、あくまで閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を想定しており、がん患者に対して早期から専門的緩和ケアを提供すること自体を否定するものではない。一方で、早期からの専門的緩和ケアの臨床実践は、医療現場の状況（context）に影響を受けやすく、介入手法が標準化には至っていない現状にあると考えられる。各々の現場の状況に合わせて、介入の在り方について形式的評価を繰り返すなかで、患者・家族の苦痛やQOLの向上に資する介入に洗練していくことが重要と考えられる。

6) 今後の研究可能性

早期からの専門的緩和ケアを含む複合的介入の臨床試験は、エビデンスの構築が進んでも、それらが臨床実装されない、いわゆる evidence practice gap が生じやすい領域とされる。この要因として、将来的な社会実装を度外視した非現実的な介入強度の設定や、介入プロセスの不適切な報告など、さまざまな指摘がなされている。近年では、英国の Medical Research Council が複合的介入に関するガイダンスを出版し、複合的介入の開発からランダム化比較試験、プロセス評価、社会実装に至るまでの研究の進め方について、具体的な提案が成されている。早期からの専門的緩和ケアについても、このような国際標準のガイダンスに則り、研究を進めることで、evidence practice gap 解消の一助になることが期待されている。

●参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要

研究の概要を以下に示す〔「文献の概要」の表も参考〕。

A：閾値以上の気持ちのつらさに関する研究

閾値以上の気持ちのつらさに関する研究はなかった。Woo ら^{j)}の研究では、8週間以内に組織学的に診断された局所進行性・再発性の膀胱がん・胆道がん患者のうち、がん疼痛が閾値以

上〔Brief Pain Inventory (BPI) が3点より高い〕もしくは抑うつが閾値以上〔Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) が16点より高い〕の人を対象としている。ただし、抑うつのみ、または抑うつ+痛みで組み入れられた人は約27%で、大半の約73%は痛みで組み入れられていた。

B：気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究

20件の臨床試験が組み入れられた。対象として、進行・再発性の固形がん患者のなかでも、非小細胞肺がんや膀胱がんに限定する研究（Temel ら^{k)}、Maltoni ら^{a)}など）や多様ながん種を含む研究（Zimmermann ら^{l)}、Vanbutsele ら^{c)}など）など、対象の異質性が認められた。多くは診断後8～12週程度以内であることや生命予後の見込みが12カ月以内程度を適格基準として設定していた。

介入の内容として、ガイドラインに基づく症状緩和、患者教育、コーピング支援、治療ゴールの設定などがあり、看護師主導や医師主導など、介入内容に研究間での異質性が認められた。早期からの専門的緩和ケアの介入においては、訓練を受けた専門的緩和ケアを担当する医療者が、少なくとも月1回の頻度で患者を診察する介入が介入群で設定され、対照群として専門的緩和ケアサービスへの治療担当診療科からのコンサルテーションは適宜可能である介入（Linkage）が設定されることが、ほとんどであった。一方で、Groenvold ら^{e)}など、研究対象者との診察を患者のニーズや医療者の判断に委ね、診察頻度は規定しない介入が設定されている研究も、若干認められた。

1) 抑うつをアウトカムとした研究

抑うつをアウトカムにした研究は16件あった^{a,c,e,f,j,k,m-w)}。CES-D、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) の抑うつ下位尺度、Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、Geriatric Depression Scale で評価され、複数の抑うつ指標で評価される研究もあった。変化量や群間比較、閾値以上の人の割合などで報告された。3件（Bakitas ら^{m)}、Temel ら^{k)}、Zhuang らⁿ⁾）で、統計学的に有意に抑うつの改善を示した。1件（Temel ら^{o)}）で、抑うつを改善する傾向であった。両群で有意な差や傾向が認められなかった研究は、12件であった。

2) 不安をアウトカムとした研究

不安をアウトカムにした研究は11件あった^{a,c,e,f,k,n-p,r-t,v)}。すべての研究で、HADS の不安下位尺度で評価され、変化量や群間比較、閾値以上の人の割合などで報告された。1件（Zhuang らⁿ⁾）で、統計学的に有意に不安の改善を示した。2件（Maltoni ら^{a)}、Temel ら^{p)}）で、不安を改善する傾向があった。両群で有意な差や傾向が認められなかった研究は、8件であった。

3) 気持ちのつらさをアウトカムとした研究

気持ちのつらさを評価した研究は3件あった。2件がつらさと支障の寒暖計（Distress and Impact Thermometer：DIT）のつらさ指標で評価し、1件がRotterdam Symptom Checklist psychological distress scale で評価した。1件（Ferrell ら^{x)}）で、介入群が統計学的に有意に気持ちのつらさを改善し、1件の小規模な研究（Schenker ら^{r)}）で介入群が気持ちのつらさを改善す

る傾向であった。また、1件（Tattersall ら^{y)}）で対照群の方が気持ちのつらさが軽度となる傾向であった。

4) QOL をアウトカムとした研究

同定された20件すべての研究でQOLをアウトカムとしていた^{a,c,e,f,j-z)}。Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) for Palliative Care, EORTC-QLQ-C15-Pal, Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), EORTC-QLQ-C30, McGill QOL Self-rating Scale of Life Quality など多様な尺度でQOLは評価され、変化量や群間比較が報告された。12週時点での評価が16件と最も多く、18週、24週での評価など、さまざまな時点での評価結果が提示されていた。群間比較に関して、論文内でメタアナリシス可能なデータの報告があった11件の論文を統合すると、標準化平均差 (standard mean difference) 0.10 (95%信頼区間 -0.01, 0.22), $Z=1.60$ ($P=0.07$), $I^2=30\%$ であり、統計学的有意差は示されていないが、介入群でQOLが高まる傾向が認められた。

5) 生存をアウトカムとした研究

生存をアウトカムにした研究は9件あった^{a,c,e,f,k,m,t,w-y)}。生存期間中央値、1年生存割合で主に評価された。2件（Temel ら^{k)}、Bakitas ら^{w)}）で、統計学的に有意に生存期間もしくは割合の改善を示した。1件（Scarpi ら^{t)}）で、生存期間が改善する傾向であった。両群で有意な差や傾向が認められなかった研究は、5件であった。1件（Tattersall ら^{y)}）で、有意に介入群で生存期間が短い結果であった。

6) 有害事象をアウトカムとした研究

有害事象を明確に定義し、評価した研究はなかった。

（阿部晃子，采野 優，松本禎久）

■ 参考資料

Haun MW, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane

Database Syst Rev 2017; 6: CD011129

■ 参考文献

- a) Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2016; 65: 61-8.
- b) Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer* 2016; 69: 110-8.
- c) Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2018; 19: 394-404.
- d) Vanbutsele G, Van Belle S, Surmont V, et al. The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: a randomised controlled trial. *Eur J Cancer* 2020; 124: 186-93.
- e) Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, et al. Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: The Danish Palliative Care Trial. *Palliat Med* 2017; 31: 814-24.
- f) Johnsen AT, Petersen MA, Sjogren P, et al. Exploratory analyses of the Danish Palliative Care Trial (DanPaCT): a randomized trial of early specialized palliative care plus standard care versus standard care in advanced cancer patients. *Support Care Can-*

- cer 2020; 28: 2145-55
- g) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96-112
 - h) Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol* 2024; 42: 2336-57
 - i) Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018; 29: 36-43
 - j) Woo SM, Song MK, Lee M, et al. Effect of early management on pain and depression in patients with pancreatobiliary cancer: a randomized clinical trial. *Cancers (Basel)* 2019; 11: 79
 - k) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42
 - l) Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383(9930): 1721-30
 - m) Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302: 741-9
 - n) Zhuang H, Ma Y, Wang L, et al. Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol* 2018; 25: e54-8
 - o) Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 834-41
 - p) Temel JS, Sloan J, Zemla T, et al. Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer: Alliance A221303. *J Palliat Med* 2020; 23: 922-9
 - q) do Carmo TM, Paiva BSR, de Oliveira CZ, et al. The feasibility and benefit of a brief psychosocial intervention in addition to early palliative care in patients with advanced cancer to reduce depressive symptoms: a pilot randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer* 2017; 17: 564
 - r) Schenker Y, Bahary N, Claxton R, et al. A pilot trial of early specialty palliative care for patients with advanced pancreatic cancer: challenges encountered and lessons learned. *J Palliat Med* 2018; 21: 28-36
 - s) Yang GM, Teo I, Neo SH, et al. Pilot randomized phase II trial of the enhancing quality of life in patients (EQUIP) intervention for patients with advanced lung cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2018; 35: 1050-6
 - t) Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, et al. Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2425-34
 - u) Nipp RD, Temel B, Fuh CX, et al. Pilot randomized trial of a transdisciplinary geriatric and palliative care intervention for older adults with cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2020; 18: 591-8
 - v) McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, et al. An advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage cancer: a cluster randomized trial. *J Palliat Med* 2015; 18: 962-9
 - w) Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015; 33: 1438-45
 - x) Ferrell B, Chung V, Hughes MT, et al. A palliative care intervention for patients on phase 1 studies. *J Palliat Med* 2021; 24: 846-56
 - y) Tattersall MHN, Martin A, Devine R, et al. Early contact with palliative care services: A randomised trial in patients with newly detected incurable metastatic cancer. *J Palliat Care Med* 2014; 4: 170
 - z) Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, et al. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial. *Ann Palliat Med* 2019; 8: 381-9

【臨床疑問5】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしない介入研究）

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Maltoni, et al. 2016 ^{a)}	ランダム化比較試験	・8週以内に診断された根治不能な進行・転移性膵がん患者 ・207名	・チェックリストに基づく緩和ケアチームの介入を登録後2週間以内に開始し、2～4週ごとに死亡まで介入を継続する ・107名	・通常ケア ・100名	・抑うつ：7以上の割合の比較 介入群 22名 (34.3%) vs. 対照群 29名 (44.6%), 有意差なしであった (P=0.281) ・不安：HADS-Anxiety vs. 対照群 29名 (44.6%), 有意差なしであった (P=0.062) ・QOL：FACT-Hep, HCS, TOI ・評価時点：12週間時点	・QOL：平均値の変化量の群間差は FACT-Hep 3.57 (95%CI 1.02-8.15, P=0.176), HCS 2.51 (95%CI 0.40-4.61, P=0.013), TOI 3.83(95%CI 0.10-7.57, P=0.041) ・1年生存割合：介入群 38% (95%CI 28-48) vs. 対照群 32% (95%CI 22-41), 有意差なしとのみ記載でP値記載なし
Vanbutsel, et al. 2018 ^{c)}	ランダム化比較試験	・診断12週以内の進行固形がん患者で予後12カ月以内と見込まれる人 ・186名	・割り付け後3週以内に緩和ケアチームに紹介され、死亡まで月1回フォローアップされ、多職種による介入が提供される ・92名	・通常ケア ・94名	・抑うつ：PHQ-9 12週間時点 OR 0.70 (95%CI 0.31-1.58), 18週間時点 OR 1.13 (95%CI 0.42-3.04), 24週間時点 OR 0.63(95%CI 0.18-2.16) で有意差は示されなかったが、改善傾向であった。HADS Depression 12週間時点 OR 0.59 (95%CI 0.27-1.29), 18週間時点 OR 0.75 (95%CI 0.33-1.70), 24週間時点 OR 0.41 (95%CI 0.15-1.11) で有意差は示されなかったが、いずれも改善傾向であった ・不安：12週間時点 OR 0.80 (95%CI 0.36-1.77), 18週間時点 OR 0.58(95%CI 0.22-1.51) 24週間時点 OR 0.71 (95%CI 0.28-1.81) で有意差は示されなかったが、いずれも改善傾向であった	・QOL：主要アウトカムの12週間時点で QOL を有意に改善。EORTC QLQ C30 12週間時点の群間差 (95%CI) 7.60 (0.59-14.60, P=0.03), 18週間時点 9.48 (2.13-16.82, P=0.01), 24週間時点 8.4(-2.3-19.0, P=0.12)。MQOL 12週間時点 0.40 (-0.11-0.90, P=0.12), 18週間時点 0.39 (-0.12-0.91), 24週間時点 0.70(0.01-1.39, P=0.047) ・生存期間中央値：介入群 312日 (95%CI 190-434), 対照群 343日 (95%CI 253-433), log rank P=0.97

(つづく)

【臨床疑問 5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Groenvold, et al. 2017 ^{e)} Johnsen et al. 2020 ^{f)}	ランダム化比較試験	・ステージ4のがん患者もしくはGrade III, IV以上の神経系腫瘍患者でEORTC QLQ C30によるスクリーニングで一定以上のスコアを有する人をPrimary needとした ・306名	・割り付け後、早期に多職種で構成された緩和ケアチームが介入する。介入頻度は明確に規定されず、臨床現場での判断で介入される ・145名	・抑うつ：HADS Depression ・不安：HADS Anxiety ・QOL：EORTC-QLQ C30 ・評価時点：3, 8週間時点	・抑うつ：3週間時点 介入群 7.3 (SD 4.5) vs. 対照群 6.6 (SD 4.3), 8週間時点 介入群 6.6 (SD 4.2) vs. 対照群 6.5 (SD 4.4), 有意差なしであった (P=0.32) ・不安：3週間時点 介入群 7.3 (SD 4.5) vs. 対照群 6.6 (SD 4.3), 8週間時点 vs. 介入群 6.6 (SD 4.2) vs. 対照群 6.5 (SD 4.4), 有意差なしであった (P=0.058)	・QOL：3週間時点 vs. 介入群 53.8 (SD 29.7) vs. 対照群 56.5 (SD 27.5), 8週間時点 介入群 50.7 (SD 29.6) vs. 対照群 55.4 (SD 29.9), 有意差なし (P=0.14) ・生存期間：中央値 介入群 323日 vs. 対照群 364日 (P=0.16, log rank test)
Woo, et al. 2019 ^{j)}	ランダム化比較試験	・進行性再発性胆膵がん患者で痛みまたは抑うつが閾値以上の診断後8週以内の診人 ・痛み and/or 抑うつでスクリーニング ・288名	・看護師による痛み・抑うつ評価、症状緩和、患者教育で構成される多職種介入で、1, 3, 6, 9, 12カ月の定期診察+必要に応じて介入 ・144名	・抑うつ：CES-D ・QOL：EORTC QLQ C30 ・評価時点：1, 3, 6, 12カ月時点	・抑うつ：50%以上のスコアの改善があった割合には有意差なし (介入群 30.8% vs. 対照群 36.8%, P=0.57)	・QOL：50%以上のスコアの改善があった割合には有意差なし (介入群 29.5% vs. 対照群 25.2%, P=0.41)
Temel, et al. 2010 ^{k)}	ランダム化比較試験	・進行性非小細胞がん患者で診断後8週間以内の患者 ・151名	・割り付け後3週間以内に、緩和ケア医、ナーズプラクティショナーが最低月1回診察し、死亡まで毎月介入する ・77名	・抑うつ：PHQ-9, HADS Depression ・不安：HADS Anxiety ・QOL：FACT-L, LCS Score, TOI Score ・評価時点：12週間後時点	・抑うつ：有症状割合を比較、PHQ-9 介入群 4% (2/57) vs. 対照群 17% (8/47) P=0.04, HADS-D 介入群 16% (9/57) vs. 対照群 38% (18/47) P=0.01と介入群で有意差が示された ・不安：介入群 25% (14/57) vs. 対照群 30% (14/47) で有意差は示されなかった (P=0.66)	・QOL：12週間時点での群間差 FACT-L 6.5 (95%CI 0.5-12.4, P=0.03), LCS Score 1.7 (95%CI 0.1-3.2, P=0.04), TOI Score 6.0 (95%CI 1.5-10.4, P=0.009) ・生存期間中央値：介入群 11.6カ月 (95%CI 6.4-16.9), 対照群 8.9カ月 (95%CI 6.3-11.4), P=0.02, 対照群のHR 1.7 (95%CI 1.14-2.54, P=0.01)

(つづく)

【臨床疑問5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持のつらさ	アウトカム	気持のつらさ
Zimmermann, et al. 2014 ¹⁾	ランダム化比較試験	・ Stage IVの肺・消化管・泌尿器・乳腺・婦人科がん患者で予後半年から2年以内と考えられる人 ・ 461名	・ 多職種で構成された毎月の緩和ケア介入 ・ 228名	・ 通常ケア ・ 228名	・ QOL : FACIT-SP, QUAL-E ・ 評価時点 : 1, 2, 3, 4 カ月時点	・ QOL : 3 カ月時点で QUAL-E で有意差あるも FACIT-SP ではなし。FACIT-SP 356 points (95% CI -0.27-7.40, P=0.07), QUAL-E 2.25(0.01-4.49, P=0.05)。4 カ月時点で両尺度で有意差を検出。FACIT-SP 6.44 points (2.13-10.76), P=0.006), QUAL-E 3.51(1.33-5.68), P=0.003)	・ QOL : 3 カ月時点で有意に改善 ・ 生存期間 : 中央値は介入群 14 カ月, 対照群 : 8.5 カ月で有意差なし。研究期間中の死亡イベント発生は介入群 vs. 対照群 112 名/161 vs. 119 名/161
Bakitas, et al. 2009 ⁿ⁾	ランダム化比較試験	・ 8~12 週以内に新規に診断された進行性の消化管・肺・泌尿器・乳がん患者 ・ 322名	・ ケースマネージャー・メン・患者教育によるセルフケア, 患者参加, エンパワメントを促す, Advanced Nurse Practitioner による慢性疾患ケアモデル介入。4 回の毎週教育セッション後, 月1回のフォローアップを行う ・ 161名	・ 通常ケア ・ 161名	・ 抑うつ : CES-D ・ QOL : FACIT for Palliative Care ・ 評価時点 : 1, 4, 7, 10, 13 カ月時点	抑うつ : Mean (SE) -1.8 (0.81) と介入群で有意に改善 (P=0.02)	・ QOL : 介入群で有意に改善 ・ 生存期間 : 中央値は介入群 14 カ月, 対照群 : 8.5 カ月で有意差なし。研究期間中の死亡イベント発生は介入群 vs. 対照群 112 名/161 vs. 119 名/161
Zhuang, et al. 2018 ⁿ⁾	ランダム化比較試験	・ 進行性非小細胞がん患者で診断後8週間以内の患者 ・ 150名	・ 割り付け後3週間以内に、緩和ケア医、ナーズ、ブラクティシヨナーが最低月1回診察し、死亡まで毎月介入する ・ 72名	・ 通常ケア ・ 78名	・ 抑うつ : PHQ-9, HADS Depression ・ 不安 : HADS Anxiety ・ QOL : SSQ ・ 評価時点 : 12 週後時点	・ 抑うつ : 有症状割合 PHQ-9 介入群 8.9% vs. 15.6% で有意に改善した (P<0.01)。HADS Depression 介入群 18.8% vs. 31.6% で有意に改善した (P<0.01) ・ 不安 : 改善した人の割合 介入群 16.7% vs. 27.3% で有意に改善した (P<0.01)	・ QOL : 介入群で有意に QOL スコアの改善 (詳細データの提示なし, P<0.05)

(つづく)

【臨床疑問 5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Temel, et al. 2017 ^{a)}	ランダム化比較試験	・進行性胸部悪性腫瘍患者＋消化器（大腸がんを除く）がん患者で診断後8週間以内の人 ・350名	・割り付け後4週間以内に、緩和ケア医、ナースプラクティショナーが最低月1回診察し、死亡まで毎月介入する ・175名	・通常ケア ・175名	平均値 (95%CI) ・抑うつ：PHQ-9は12週後では改善がなかったが (P=0.121), 24週後で有意な改善が示された (P=0.048)。HADSのデータ提示はない ・不安：HADSのデータ提示は有意差なしであった ・不安：HADSのデータ提示はないが、有意差なしであった	・QOL：12週後 介入群 80.10 (78.11-82.08) vs. 対照群 77.70 (75.77-79.63) P=0.091, 24週後 介入群 81.26 (78.89-83.63) vs. 対照群 75.90 (73.59-78.21) P=0.002
Temel, et al. 2020 ^{a)}	ランダム化比較試験	・進行性胸部悪性腫瘍患者＋消化器（大腸がんを除く）がん患者で診断後8週間以内の人 ・405名	・割り付け後早期に、緩和ケア医、ナースプラクティショナーが最低月1回診察し、死亡まで毎月介入する ・202名	・通常ケア ・203名	・抑うつ：12週時点 介入群 0.54 (4.0) vs. 対照群 0.46 (3.6), P=0.88, 24週時点 介入群 0.37 (3.8) vs. 対照群 0.26 (3.6), P=0.85 で有意差は示されなかった ・不安：12週時点 介入群 -1.13 (SD 2.7) vs. 対照群 -0.32 (2.8), P=0.03, 24週時点 介入群 -1.23 (3.5) vs. 対照群 -0.21 (3.3), P=0.06 で、12週時点のみ有意差が示された	・QOL：12週時点 介入群 3.35 (14.7) vs. 対照群 0.12 (12.7), P=0.10, 24週時点 介入群 3.80 (15.3) vs. 対照群 0.69 (13.3), P=0.19
do Carmo, et al. 2017 ^{a)}	ランダム化比較試験	・44名	・登録後2, 3週以内に緩和ケアユニットを受診し、2～4週ごとのフォローアップを受ける ・22名	・通常ケア ・22名	・抑うつ：PHQ-9, HADS Depression ・QOL：EORTC QLQ C15 Pal ・評価時点：45, 90, 120, 180日時点	ベースラインからの変化値時点によって効果が逆転するコントラバーシカルな結果 （つづく）

【臨床疑問5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Schenker, et al. 2018 ⁷⁾	ランダム化比較試験	・8週間以内に診断された進行肺癌患者 ・30名	・最初の3カ月は月1回、その後は必要に応じて緩和ケア専門医の診察を行う ・20名	・通常ケア ・10名	・抑うつ：PHQ-9, HADS Depression ・不安：HADS Anxiety ・気持ちのつらさ：DT ・QOL：FACT-Hep, QUAL-E ・評価時点：3カ月時点	・QOL：FACT-Hep 134.7 (22.0) vs. 122.6 (16.8), QUAL-E 65.1 (14.8) vs. 63.8 (8.1)
Yang, et al. 2018 ⁸⁾	ランダム化比較試験	・8週間以内に新規に診断された Stage III・IVの肺癌患者 ・69名	・4回の看護師による EQUIP 介入 (コーピング支援・患者教育) ・35名	・通常ケア ・34名	・抑うつ：severe もしくは moderate の人の割合 介入群 5/28 (17.9%) vs. 対照群 3/29 (10.3%) で有意差は認めなかった (P=0.37) ・不安：severe もしくは moderate の人の割合 介入群 3/28 (10.7%) vs. 対照群 2/29 (6.9%) で有意差は認めなかった (P=0.83)	QOL：FACT-G 群間差 (95% CI) -3.7 (-10.3-2.9, P=0.27), LCS -1.7 (-6.8-3.4, P=0.51), TOI -3.7 (-11.6-4.2, P=0.36)

(つづく)

【臨床疑問 5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Scarpi, et al. 2019 ¹⁾	ランダム化比較試験	・8週以内に診断された根治不能な進行・転移性胃がん患者 ・186名	・チェックリストに基づく緩和ケアチームの介入を登録後2週間以内に開始し、2～4週毎に死亡まで介入を継続する ・91名	・通常ケア ・95名	・抑うつ：有意差なしとこのことだがデータの提示なしであった ・不安：HADS Anxiety ・QOL：FACT-G, FACT-Ga, GaCS Score, TQI Score ・評価時点：12週時点	・QOL：平均値の変化量の群間差 0.92 (95%CI -3.43-5.27, P=0.677), 3.16 (95%CI -5.10-11.43, P=0.45), 2.29 (95%CI -2.80-7.38, P=0.375), 2.95 (-4.43-10.32, P=0.430) ・生存期間中央値：介入群 10.2 カ月 (95%CI 7.8-12.3), 対照群 9.9 カ月 (95%CI 8.4-11.5), P 値 報告なし, ハザード比や SE の報告がない ・1 年生存割合：介入群 vs. 対照群 41.3% (95%CI 31.0-51.7) vs. 37.9% (95%CI 27.7-48.1), P=0.657
Nippo, et al. 2020 ¹⁾	ランダム化比較試験	・診断8週以内の65歳以上の非根治性消化管・肺がん患者 ・62名	・老年機能評価+緩和ケアで構成される学際的アブローチを老年内科医が登録後6週以内と2回目は4～6週以内に提供する2回の介入 ・30名	・抑うつ：GDS ・QOL：FACT-G ・評価時点：12週時点	・抑うつ：変化量の比較 介入群 (30名) vs. 対照群 (32名) -0.47 (SD 2.98) vs. 0.58 (SD 2.90), Cohen D =0.36 と小～中程度の効果が検出された	・QOL：変化量の比較 介入群 (30名) vs. 対照群 (32名) -0.77 (SD 14.10) vs. -3.84 (15.75), Cohen D =0.21

(つづく)

【臨床疑問 5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
McCorkle, et al. 2015 ^{v)}	ク ラ ス ターランダム化比較試験	・診断後 100 日以内の進行期のがん患者 ・146 名	・10 週間のナースプラクティショナーが主導する症状緩和、患者教育、ゴール設定などで構成された週 1 回の多職種ケア ・66 名	・通常ケア ・80 名	平均値 (SD) ・抑うつ： 1 カ月時点 (122 名) の介入群 (54 名) vs. 対照群 (68 名) は 5.85 (4.85) vs. 4.31 (3.64), P 値報告なし 3 カ月時点 (92 名) の介入群 (36 名) vs. 対照群 (56 名) は 4.97 (5.57) vs. 4.43 (4.03), P 値報告なし ・不安： 1 カ月時点 (122 名) の介入群 (54 名) vs. 対照群 (68 名) は 4.81 (4.07) vs. 3.90 (3.67), P 値報告なし 3 カ月時点 (92 名) の介入群 (36 名) vs. 対照群 (56 名) は 4.33 (4.03) vs. 3.62 (3.61), P 値報告なし	・QOL: 3 カ月時点 (92 名) の介入群 (54 名) vs. 対照群 (68 名) は 77.81 (17.8) vs. 82.91 (16.10), P 値報告なし
Bakitas, et al. 2015 ^{w)}	ランダム化比較試験	・診断後 30～60 日以内の進行期がん・血液癌患者で、予後が 6～24 カ月以内の患者 ・207 名	登録後早期から看護師による緩和ケアセッションを毎週計 6 回実施し、その後月 1 回フォローアップ ・104 名	登録 3 カ月後から看護師による緩和ケアによるセッションを毎週 6 回実施し、その後月 1 回フォローアップ ・103 名	・抑うつ：早期群 vs. 遅れて開始群は 3 カ月 11.2 (9.7～12.7) vs. 10.8 (9.5～12.1), 6 カ月 11.2 (9.6～12.7) vs. 10.8 (9.4～12.1), 12 カ月 11.2 (9.7～12.7) vs. 10.1 (8.7～11.5) で有意差は認められなかった (P=0.33)	・QOL: 3 カ月後時点では、有意差なし ・生存期間：中央値 介入群 18.3 カ月, 対照群 11.8 カ月で有意差なし ・1 年生存割合：介入群 vs. 対照群 63% vs. 48% (P=0.038), ハザード比や SE の報告なし
Ferrell, et al. 2021 ^{x)}	ランダム化比較試験	・P1 試験に参加する固形がん患者 (根治不能がん以外の症例も含められている可能性はある) ・479 名	・割り付け後 4 週以内に、看護師主導のケアプランの作成、多職種介入、ゴール設定、コーピング支援を月 1 回以上提供する。 ・239 名	・全般的な気持ちのつらさ：DT ・QOL: FACT-G ・評価時点：12 週間時点	気持ちのつらさ：対照群と比較して、介入群で有意なつらさの低下が認められた (P=0.47, P=0.015)	・QOL: 対照群と介入群で有意差を認めなかった ・生存期間：対照群と介入群で有意差を認めなかった

(つづく)

【臨床疑問 5】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ	その他
Tattersall, et al. 2014 ¹⁾	ランダム化比較試験	・新規に診断された根治不能がん患者で予後12カ月以内と見込まれる人 ・120名	・割り付け後2週間以内の緩和ケア看護師との面談。その後は、必要に応じてもしくは月1回の電話コンタクト(前者の方が多かった) ・60名	・通常ケア ・60名	・全般的な気持ちのつらさ：RSCL psychological distress scale ・QOL：MQOL ・評価時点：1～12カ月まで毎月評価	・QOL：有意差はないものの、介入群の方がQOLが低い傾向にあった ・生存期間中央値：介入群 7.0カ月(95%CI 5.2-9.8)、対照群 11.7カ月(95%CI 9.8-18.8), log rank P=0.014, HR 1.6 (95% CI 1.1-2.3, P=0.015)
Franciosi, et al. 2019 ²⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上の進行・再発性の非小細胞肺癌がん、膵がん、胃がん、胆道がん、診断後8週以内の人 ・281名	・割り付け後、2週間以内に多職種で構成された緩和ケアチームによる3週間ごとの診察 ・142名	・通常ケア ・139名	・QOL：FACT-G ・評価時点：13週時点	QOL：両群で有意差は認められなかった

CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DT : Distress Thermometer, EORTC QLQ C15 Pal : European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 palliative, EORTC-QLQ C30 : European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30, FACIT-SP : Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual well-being scale, FACT-G : Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-Ga : Functional Assessment of Cancer Therapy-Gastric, FACT-Hep : Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary, FACT-L : Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (LCS : Lung Cancer Subscale), GaCS Score : Gastric Cancer Subscale, GDS : Geriatric Depression Scale, HADS Depression : Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression, HCS : Hepatobiliary Cancer Subscale, MQOL : McGill Quality of Life Questionnaire, PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9, QUAL-E : Quality of Life at the End of Life, RSLC : Rotterdam Symptom Checklist, SSLQ : Self-rating Scale of Life Quality, TOI : Trial Outcome Index

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？

臨床疑問 6-1

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、がん患者と介護者の双方に対する心理社会的介入は推奨されるか？

▶ 推奨文

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は、患者と介護者の双方に対する心理社会的介入のみで対応しないことを提案する。

本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。

ただし、患者と介護者の双方に対する心理社会的介入は、介護者の気持ちのつらさの軽減、QOLの改善、家族関係の改善などを目的として実施されることもあり、そのような目的で行うことを妨げるものではない。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■ 推奨の強さ：2（弱い）

■ エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として、患者と介護者の双方に対する心理社会的介入を単独で実施する（その他の精神心理的介入を行わない）状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

患者と介護者の双方に対する心理社会的介入とは、患者または介護者の単独に対してではなく、双方に対して行う心理社会的介入を指す。心理社会的介入とは、心理社会的サポートや心理教育的介入のほか、認知行動療法、カウンセリング、マインドフルネスなどの精神療法（心理療法、サイコセラピー）を含む介入を指す。介入の詳細は、Ⅱ章-9B-3「家族介入」（P182）を参照されたい。

システマティックレビューの結果、該当する研究が乏しかったため、そのような対象と目的に対して、患者と介護者の双方に対する心理的介入のみで対応しない提案とした。すなわち、「閾値以上の気持ちのつらさを有する成人がん患者」に対しては、より推奨度の高い介入を優先すべきである。

一方、「対象者の気持ちのつらさの閾値が設定されていない研究」や「対象者の気持ちのつらさの定義がなされていない研究」において、患者と介護者の双方に対する心理社会的介入が気持ちのつらさを軽減させる可能性が報告されている。そのため、推奨度が高い他の介入を十分に検討したうえで、補助的に「閾値以上の気持ちのつらさ」を有するがん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的として患者と介護者の双方に対する心理社会的介入を実施することを妨げるものではない。

なお、推奨の策定過程においては、1名のデルファイ委員より閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした直接的エビデンスがない以上、「推奨なし」とすべきという意見もあった。

閾値以下の気持ちのつらさは、本臨床疑問・推奨文の対象ではないが、「閾値以上の気持ちのつらさ」に対する研究知見が不十分な場合に、「対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究」の知見が参考になる可能性があると考え、末尾に【参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要】としてまとめた。

●採用文献の概要

本臨床疑問に関する閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とし、介護者と患者の双方を介入対象としたランダム化比較試験は Manne ら¹⁾による 1 件であった。また、気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究で、介護者と患者の双方を介入対象としたランダム化比較試験が 21 件あった（詳細は、後述の【参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要】を参照されたい）。

Manne ら¹⁾は、気持ちのつらさを有する限局性前立腺がん患者とそのパートナー（Impact of Events Scale 患者 16 点以上、パートナー 17 点以上）を対象に、2 種類の介入（①intimacy-enhancing therapy：カップルの相互理解や感情の親密さを高めることに焦点を当てた介入、②general health and wellness intervention：健康的なライフスタイルに焦点を当てた介入）と通常ケア群を比較検証した。2 種類の介入は、心理士あるいはソーシャルワーカー（SW）が、マニュアル化された 90 分間のカップルセッション（音声録音）5 回と、30～45 分間の電話 1 回で構成され、介入①は 80 組、介入②は 76 組、通常ケア群は 81 組が参加した。

1) 抑うつ〔エビデンスの確実性（強さ）：C（弱い）〕

Manne ら¹⁾の研究では、抑うつ（Patient Health Questionnaire-9 の総得点）が、介入前と比較して 5 週間後において、すべての群で有意に減少していたが、群間差に関する記述はなかった。

2) 不安〔エビデンスの確実性（強さ）：該当なし〕

患者の不安をアウトカムとした該当論文はなかった。

3) 全般的な気持ちのつらさ〔エビデンスの確実性（強さ）：C（弱い）〕

Manne ら¹⁾の研究では、介入から 5 週間後の気持ちのつらさ（Mental Health Inventory の総得点）が全群で有意に改善していたが、群間差に関する記述はなかった。介入群（①②）のなかで、より長い関係性のあるカップルでは通常ケア群と比べて気持ちのつらさ（Mental Health Inventory の総得点）が有意に改善していた。

4) 家族関係〔エビデンスの確実性（強さ）：C（弱い）〕

Manne ら¹⁾の研究では、家族関係の指標として Dyadic Adjustment Scale を評価しているが、同指標を媒介因子として解析したのみでアウトカムとして扱っていない。

5) QOL〔エビデンスの確実性（強さ）：該当なし〕

患者の QOL をアウトカムとした該当論文はなかった。

6) 生存〔エビデンスの確実性（強さ）：該当なし〕

患者の生存をアウトカムとした該当論文はなかった。

臨床疑問 6-2

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、気持ちのつらさの軽減を目的として、介護者のみに対する心理社会的介入は推奨されるか？

▶ 推奨文

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は、介護者のみに対する心理社会的介入のみで対応しないことを提案する。

本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。

ただし、介護者のみに対する心理社会的介入は、介護者の気持ちのつらさの軽減や患者の QOL の改善などを目的として実施されることもあり、そのような目的で行うことを妨げるものではない。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的として、患者を含まず介護者のみに対する心理社会的介入を単独で実施する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

システマティックレビューの結果、該当する研究が乏しかったため、そのような対象と目的に対して、介護者のみに対する心理社会的介入のみで対応しない提案とした。すなわち、「閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者」に対しては、より推奨度の高い介入を優先すべきである。

「対象者の気持ちのつらさの閾値が設定されていない研究」や「対象者の気持ちのつらさの定義がなされていない研究」においても、介護者のみに対する心理社会的介入が気持ちのつらさを軽減させる実証はない。

●採用文献の概要

本臨床疑問に関する閾値以上の気持ちのつらさを有する患者の介護者のみを介入対象としたランダム化比較試験は0件であり、それ以外に、気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究が4件あった（詳細は、後述の【参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要】を参照されたい）。

●解説：臨床疑問 6-1/6-2

患者にとって、家族は治療と療養に欠かせない重要な存在である。患者家族は第二の患者ともいわれ、患者を支えるなかで身体的、心理社会的負担を感じていることや、彼ら自身の QOL が低下している可能性が指摘されている^{a-c)}。また、がん患者と介護者の気持ちのつらさが相関すること^{d-g)}、一部の精神疾患では家族を対象とした介入によって患者アウトカムが改善することが示唆されており^{h)}、がん患者の家族/介護者への介入による効果と患者への影響を検証する必要があると考え、この臨床疑問を設定した。実臨床では、患者に密に関わる者が婚姻関係や肉親関係にあるものとは限らないため、本臨床疑問では、いわゆるイン

フォーマルな介護者を対象として想定し、介護者を「配偶者、パートナー、家族、友人など無給でケアを提供する者」と定義した。レビューした研究の対象は、カップルセラピーのように患者本人とパートナーの双方に対する介入（臨床疑問 6-1）についても、介護者のみへの介入（臨床疑問 6-2）についても、患者アウトカムを検討しているものに限定した。

気持ちのつらさを有するがん患者において、気持ちのつらさの軽減を目的としたがん患者と介護者の双方に対する心理社会的介入のランダム化比較試験は 1 件であり、対照群と比較して介入群における患者の気持ちのつらさ・抑うつへの有意な効果は認められなかった。対象は限定的（前立腺がん患者とそのパートナー）であり、がん患者と介護者への介入として一般化可能な結果ではない。一方で、気持ちのつらさの閾値を設定しない研究においては、有効性を示唆する研究がみられた。また、介護者のみに対する介入については該当する研究がなかった。

気持ちのつらさの閾値を設定しない研究においては、患者と介護者の双方に対する心理社会的介入のランダム化比較試験により、患者の抑うつ・不安・気持ちのつらさ・家族関係・QOL への有効性が示され、また介護者のみに対する心理社会的介入のランダム化比較試験により、患者の QOL への有効性が示唆されていた。これらの結果から、気持ちのつらさが閾値以上（例：うつ病の患者）ではない患者に対しては、患者・介護者の状態とニーズにより、心理社会的介入を検討可能と考えられる。

1) 益と害のバランス

益：閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とし、介護者と患者の双方を対象とした心理社会的介入のランダム化比較試験は 1 件のみであり、介入群における有意な効果はみられなかった。また閾値以上の気持ちのつらさを有する患者のアウトカムを検証している、介護者のみを対象とした心理社会的介入のランダム化比較試験はなかった。したがって、気持ちのつらさが閾値以上の場合、介護者と患者双方もしくは介護者のみを対象とした心理社会的介入のみで対処するのではなく、より推奨度の高い介入を優先するべきである。

害：患者と介護者を対象とした心理社会的介入のランダム化比較試験では、有害事象を評価、報告している研究はなかった。ただし、臨床的には、患者が心理社会的介入に負担を感じることや一時的に不安が高まることがあると考えられるため、患者の身体・心理状態を評価したうえで実施を慎重に検討する必要がある。

2) 患者の価値観・希望

患者の価値観や希望について述べた研究はなかった。介護者への介入に関しては、患者の価値観・希望はもとより、家族の義務や社会的支援ネットワークを含む文化的価値観の違いを考慮する必要がある¹⁾。

3) コスト・臨床適応性

コストについて検証した文献はなかった。日本では、がん相談支援センターというリソースがあり、患者のみ、介護者のみ、あるいはその両方が無料で、相談を受けることができる。

家族ケア外来などの名称で、介護者を主たる対象とした支援を実施している医療機関があるが、その実態は十分にわかっていない。また、家族ケア外来では、家族が何でも気軽に相談できる“よろず相談”窓口という位置づけであったり、家族自身の悩みを相談する場であったりすることが多い。そのような家族ケア外来が、保険診療の適応となるかどうかは施設によって異なる。利用者には一定の費用がかかる可能性がある。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネージメントに関するガイドライン」^{j)}では、患者の不安・抑うつに対するスクリーニングを行い、症状なし～軽症の場合には、すべての患者に提供可能なサポーターティブケアの一つとして患者と家族に対する教育と情報提供を行うよう示している。また、パートナーとの関係性が患者の中等症以上の抑うつに関連している場合に、カップルセラピーが考慮される治療として示されている。

欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）の「成人がん患者の不安と抑うつに関する臨床ガイドライン」^{k)}では家族・介護者介入に関する記述はない。

米国 NCCN の「Distress Management ガイドライン」^{l)}では、患者の心理社会的問題（病気への適応、抑うつ、不安、希死念慮など）の重症度が軽症の場合に、サポートグループや情報提供と共に、患者・家族への教育を行うことが介入として示されている。また、心理社会的問題が中等症～重症の場合、心理・精神的治療の専門家への紹介とともに患者と家族に対するカウンセリング/精神療法が介入の一例として示されている。

5) 実施に関わる検討事項

日本では、患者と介護者を対象としたカップルセラピーを実施している機関や、家族ケア外来などの介護者支援に特化した形で実施している機関が少ない。また、欧米と比較して、カップルセラピーのトレーニングを受けている心理支援者はごく少数であり、本臨床疑問で収載した Manne らの研究のような介入を実施できる施設はほとんどないと考えられる。人材の育成を含めて介護者支援の在り方について検討が必要である。

6) 今後の研究の可能性

患者と介護者を対象とした心理社会的介入を、閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者に適応していくためには、今後多くの研究が望まれる。

最初に、閾値以上の抑うつ、不安を有する患者を対象とした患者と家族への介入研究により、その効果および有害事象、また患者への間接的な影響について検証する必要がある。

次に、患者と介護者を対象とした心理社会的介入の最適なアウトカムの検討が必要である。システマティックレビューを通じて、家族関係など、患者と介護者の関係性に着目したアウトカムを採用する研究が散見されたが、これらのアウトカムが気持ちのつらさの改善と関連があるのかどうかについて定かではない。したがって、家族関係や家族の身体・心理状態が、患者の抑うつ・不安にどのような影響をもたらすかを明らかにする研究、既存のアウトカム以外の指標の検討が必要である。

●参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要

前述のように、閾値以上の気持ちのつらさを有する患者と介護者を対象としたランダム化比較試験は1件のみであった。そのため、対象の組み入れ基準に気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究についてもシステムティックレビューを行った。

その結果、気持ちのつらさの閾値設定をしていないがん患者・介護者への介入研究（ランダム化比較試験）が25件あった。このうち、介護者と患者の双方を介入対象としていた研究は20件、介護者のみを介入対象とした研究は5件であった。それぞれ患者アウトカムごとに結果を示す（介入内容などについては「文献の概要」を参照）。

1) 介護者と患者の双方を介入対象としていた研究

①抑うつをアウトカムとした研究：15件²⁻¹⁶⁾

介入群で抑うつ症状が有意に改善した研究は7件であった²⁻⁸⁾。

②不安をアウトカムとした研究：9件^{2-4,7-9,12,13,16)}

介入群で不安が有意に改善した研究は3件であった^{2,4,8)}。

③気持ちのつらさをアウトカムとした研究：6件^{8,17-21)}

介入群で気持ちのつらさが有意に軽減した研究は2件であった^{8,17)}。Baucom ら¹⁷⁾は介入後と1年後のフォローアップ時、介入群の患者・配偶者/パートナーでは通常ケア群に比し、心理的因子（Brief Symptom Inventory-18：BSI-18）の改善がみられたと記述されているものの、解析結果が示されていない。

④家族関係をアウトカムとした研究：8件^{2,3,15-19,21)}

介入群で家族関係が有意に良好であった研究は4件であった^{2,15,17,18)}。Baucom ら¹⁷⁾は介入後と1年後のフォローアップ時、介入群の患者では通常ケア群に比し、家族関係の指標（Quality Marriage Index）の改善がみられたと記述されているものの、解析結果が示されていない。

⑤QOL をアウトカムとした研究：3件^{7,8,17)}

介入群でQOLが有意に改善した研究は3件であった^{7,8,17)}。Baucom ら¹⁷⁾は介入後と1年後のフォローアップ時、介入群の患者では通常ケア群に比し、QOL（FACT-B）の改善がみられたと記述されているものの、解析結果が示されていない。

2) 介護者のみを介入対象とした研究

①抑うつをアウトカムとした研究：3件²²⁻²⁴⁾

介入群で患者の抑うつ症状が有意に改善した研究はなかった。

②不安をアウトカムとした研究：2件^{23,24)}

介入群で患者の不安が有意に改善した研究はなかった。

③気持ちのつらさを対象とした研究：4件²³⁻²⁶⁾

介入群で患者の気持ちのつらさが有意に軽減した研究はなかった。

④家族関係をアウトカムとした研究：3件²²⁻²⁴⁾

介入群で家族関係が有意に良好であった研究はなかった。

⑤QOL をアウトカムとした研究：3件^{22,25,26)}

介入群で患者の QOL が有意に改善した研究は 1 件であった²⁵⁾。

(浅海くるみ, 岡村優子)

文 献

- 1) Manne SL, Kashy DA, Zaider T, et al. Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: a randomized clinical trial. *Br J Health Psychol* 2019; 24: 396-418
- 2) Badr H, Smith CB, Goldstein NE, et al. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer* 2015; 121: 150-8
- 3) Badr H, Herbert K, Chhabria K, et al. Self-management intervention for head and neck cancer couples: results of a randomized pilot trial. *Cancer* 2019; 125: 1176-84
- 4) Heinrich RL, Schag CC. Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 439-46
- 5) Kuijer RG, Buunk BP, De Jong GM, et al. Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psychooncology* 2004; 13: 321-34
- 6) Mahmmodi Y, Varee S, Valiee S, et al. The role of family-based education in the management of depression in gastric cancer patients undergoing chemotherapy: a controlled clinical trial. *Gastrointestinal Nursing*. 2016; 14: 43-9
- 7) Porter LS, Keefe FJ, Garst J, et al. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41: 1-13
- 8) Schellekens MPJ, van den Hurk DGM, Prins JB, et al. Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psychooncology* 2017; 26: 2118-26
- 9) Badger T, Segrin C, Dorros SM, et al. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res* 2007; 56: 44-53
- 10) Kozachik SL, Given CW, Given BA, et al. Improving depressive symptoms among caregivers of patients with cancer: results of a randomized clinical trial. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28: 1149-57
- 11) Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, et al. A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 112-22
- 12) Lewis FM, Griffith KA, Alzawad Z, et al. Helping Her Heal: randomized clinical trial to enhance dyadic outcomes in couples. *Psychooncology* 2019; 28: 430-8
- 13) Manne SL, Ostroff JS, Winkel G, et al. Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 634-46
- 14) McCorkle R, Siefert ML, Dowd MF, et al. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urol Nurs* 2007; 27: 65-77
- 15) McLean LM, Walton T, Rodin G, et al. A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: outcomes of a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2013; 22: 28-38
- 16) Nicolaisen A, Hagedoorn M, Hansen DG, et al. The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2018; 27: 922-8
- 17) Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, et al. A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 276-83
- 18) Couper J, Collins A, Bloch S, et al. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU Int* 2015; 115 (Suppl 5): 35-45
- 19) Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, et al. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2012; 43: 239-52
- 20) Manne S, Ostroff JS, Winkel G. Social-cognitive processes as moderators of a couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Health Psychol* 2007; 26: 735-44
- 21) Manne SL, Kissane DW, Nelson CJ, et al. Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: a pilot study. *J Sex Med* 2011; 8: 1197-209
- 22) Blanchard CG, Toseland RW, McCallion P. The effects of a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1996; 14: 1-21
- 23) Bultz BD, Specia M, Brasher PM, et al. A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology* 2000; 9: 303-13
- 24) Carlson LE, Rouleau CR, Specia M, et al. Brief supportive-expressive group therapy for partners of men with early stage prostate cancer: lessons learned from a negative randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2017; 25: 1035-41
- 25) O'Toole MS, Mennin DS, Applebaum A, et al. A randomized controlled trial of emotion regulation ther-

- apy for psychologically distressed caregivers of cancer patients. JNCI Cancer Spectr 2019; 4: pkz074
- 26) Shaw JM, Young JM, Butow PN, et al. Improving psychosocial outcomes for caregivers of people with poor prognosis gastrointestinal cancers: a randomized controlled trial (Family Connect). Support Care Cancer 2016; 24: 585-95

■ 参考文献

- a) Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. Cancer 2007; 110: 2809-18
- b) Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, et al. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. Semin Oncol Nurs 2012; 28: 236-45
- c) Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psychooncology 2010; 19: 1013-25
- d) Gilbar O, Zusman A. The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. Psychooncology 2007; 16: 1010-8
- e) Götze H, Brähler E, Gansera L, et al. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer 2014; 22: 2775-82
- f) Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Keskivaara P, et al. Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. Psychol Health 2012; 27: 178-95
- g) Bovero A, Cotardo F, Lops C, et al. Is there a relationship between end-of-life cancer patients' dignity-related distress and caregivers' distress? An exploratory study. Palliat Support Care 2023; 21: 578-84
- h) Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: a review. Am Fam Physician 2007; 75: 1821-9
- i) Boele FW, Rooney AG, Bulbeck H, et al. Interventions to help support caregivers of people with a brain or spinal cord tumour. Cochrane Database Syst Rev 2019; 7: CD012582
- j) 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
- k) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open 2023; 8: 101155
- l) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, Version 2. 2022. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2024年5月20日閲覧)

【臨床疑問 6】文献の概要

◆臨床疑問 6-1：患者と介護者への介入（1件）

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Manne, et al. 2019 ¹⁾	ランダム化 比較試験	・限局性前立腺がんとその配偶者 ・IES が 16 以上の患者または 17 以上の配偶者 ・237 名（患者と配偶者）	・心理士あるいはソーシャルワーカーが、対面カップルセッション 5 回（90 分/回）と 5 回目のセッション 2～3 週後にブースター電話セッション 1 回（90 分）による介入 ・IET 群：カップルの相互理解や感情的親密さを高めることに焦点を当てた介入 ・GHW 群：健康的なライフスタイルに焦点を当てた介入 ・介入期間：記載なし ・IET 群：80 名（患者と配偶者） ・GHW 群：76 名（患者と配偶者）	・通常ケア ・81 名（患者と配偶者）	・抑うつ：PHQ-9 の合計点 ・気持ちのつらさ：MHI-38 の合計点 ・評価時期：ベースライン, 5 週間後, 3 カ月後, 6 カ月後	・抑うつ：すべての評価時点において、群間差の記載なし ・気持ちのつらさ：すべての評価時点において、群間差の記載なし	・[介護者のアウトカム] ・配偶者アウトカムの群間比較では、関係満足度が大きく改善した（IET の配偶者は、GHW および対照群の配偶者よりも、ベースラインから 5 週間後のフォローアップまでの間に改善）

GHW : General health and wellness intervention, IES : Impact of Even Scale, IET : Intimacy-enhancing therapy, MHI-38 : Mental Health Inventory-38, PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9

◆臨床疑問 6-2（介護者への介入）の文献は 0 件

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Badr, et al. 2015 ²⁾	ランダム化比較試験	・進行肺がん患者と主介護者 ・39組	・修士号をもつメンタルヘルスカウンセラーによる、1時間/1回/週×6週間の電話カウンセリングであり、6つの構成要素（ストレスとコーピング、症状マネージメント、効果的なコミュニケーション、問題解決、関係性の維持）から構成 ・介入期間：6週間 ・20組	・通常ケア群 ・19組	・抑うつ：PROMIS short-form depression measure ・不安：PROMIS short-form anxiety measure ・評価時期：ベースライン、8週間後	・抑うつ：介入後、介入群で有意に改善した ($P<0.0001$) ・不安：介入後、介入群で有意に改善した ($P<0.0001$)	[患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] ・家族関係：介入後、介入群は対照群に比し関係性のスコアが有意に改善した [介護者のアウトカム] 介護者の抑うつ：介入後、介入群 11.50±3.20 (mean±SD), 対照群 16.53±5.47 であり、両群間で平均値に有意な差がみられた ($P<0.0001$) 介護者の不安：介入後、介入群 12.10±3.60, 対照群 17.16±5.41 であり、両群間で平均値に有意な差がみられた ($P<0.0001$) 0.0001) Caregiver の家族関係：介入後、介入群の Caregiver は、対照群と比してスコアが有意に改善した
Badr, et al. 2019 ³⁾	ランダム化比較試験	・放射線治療開始となった頭頸部がん患者と配偶者/パートナー ・30組	・SHARE intervention（修士号をもつメンタルヘルスカウンセラーによる、1時間/1回/週×6回の電話カウンセリングであり、6つの構成要素（セルフケア、症状マネージメント、ストレスマネージメント、コーピング、治療後の回復、がん罹患者の新しい日常）から構成 ・介入期間：10週間 ・15組	・通常ケア群 ・15組	・抑うつ：PROMIS short-form depression measure ・不安：PROMIS short-form anxiety measure ・評価時期：ベースライン、4週間後	・抑うつ：介入後、介入群の患者は対照群に比し抑うつつのスコアが有意に低かった ・不安：介入後、両群間で有意差なし ※患者と配偶者/パートナーの結果を合わせて解析されている	[患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] 家族関係：介入後両群間で有意差なし [介護者のアウトカム] ・配偶者の抑うつ：介入群は対照群に比し有意に改善した (Cohen's d, -0.86) ・配偶者の不安：介入後、群間差なし

(つづく)

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Heinrichs, et al. 1985 ⁴⁾	ランダム化比較試験	・KPS70以上のがん患者とその配偶者 ・がん患者51名、配偶者36名	・Stress and activity management treatment program (6週間の小グループプログラム、病気と治療・ストレスとコーピングに関する情報、リラクゼーション、認知療法、問題解決プログラムの内容が含まれている) ・介入期間：記載なし ・患者26名＋配偶者12名	・対照群 ・患者25名＋配偶者13名	・抑うつ：SCL-90-R depression subscale ・不安：SCL-90-R anxiety subscale ・評価時期：ベースライン、介入後、2カ月後、4カ月後	・抑うつ：介入後、介入群の抑うつスコアが対照群に比し有意に低かった ・不安：介入後、介入群の不安スコアが対照群に比し有意に低かった	【介護者のアウトカム】 配偶者の抑うつ：介入後、群間差なし 配偶者の不安：介入後、群間差なし
Kuijter, et al. 2004 ⁵⁾	ランダム化比較試験	・がん患者と配偶者/同居者 ・59組	・介入群（心理士による1.5時間/回/2週×6回の対面プログラム、認知行動的アプローチ） ・介入期間：12週間 ・32組	・対照群（待機群） ・27組	・抑うつ：CES-D ・評価時期：ベースライン、1週間後、3カ月後	・抑うつ：介入群では介入前に比し介入後抑うつスコアが有意に減少していたが、対照群では同期間のスコアに変化なし	【介護者のアウトカム】 パートナーの抑うつ：介入後、群間差なし
Mahmoudi, et al. 2016 ⁶⁾	ランダム化比較試験	・化学療法中の胃がん患者とその家族 ・78組	・family-based education（研究チームが、1週間にわたり、患者と家族に対して、30分×5回のグループセッション：うつへの対処戦略等を含む教育的介入であり、教育用冊子やCDの提供あり） ・介入期間：1週間 ・39組	・対照群（患者のみ） ・39組	・抑うつ：BDIの合計点の変化 ・評価時期：ベースライン、介入後	・抑うつ：介入後、介入群で有意に改善した（ $P=0.03$ ）	【介護者のアウトカム】 介護者アウトカムの記述なし

（つづく）

【臨床疑問 6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Porter, et al. 2011 ⁷⁾	ランダム化比較試験	・早期肺がん患者および介護者 ・233組	Caregiver-assisted CST(正看護師による全14回の電話セッション：症状管理戦略のトレーニング、ハンドアウトやCDの提供あり) ・介入期間：8カ月 ・117組	・対照群 (cancer education/support) 群：患者と介護者が治療や症状を話し合うよう支援し、必要な情報を提供) ・116組	・抑うつ：BDIの合計点 ・不安：STAIの合計点 ・QOL：FACT-Lの一般的な下位尺度(身体、機能、社会)と肺癌特有の下位尺度 ・評価時期：ベースライン、介入後、4カ月後	・抑うつ：介入群において、有意な改善を認めた	[患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] ・身体的QOL、機能的QOL：介入群において有意な改善があった ・ステージⅠの患者は cancer education/support 介入からより恩恵を受け、ステージⅡ～Ⅲの患者は CST 介入からより恩恵を受けていた [介護者のアウトカム] ・介護者の POMS-B 不安サブスケール (SE=0.21, P=0.02) に対する時間の有意な主効果が示された
Schellekens, et al. 2017 ⁸⁾	ランダム化比較試験	・肺がん患者および介護者 ・63名の患者と44名の介護者	mindfulness-based stress reduction (MBSR 教員による2.5時間のセッション×回、45分/日の自宅練習を含む6時間のサイレントデイ：マインドフルネスに基づくストレス軽減) ・介入期間：8週間 ・31名の患者と21名の介護者	・通常ケア群 ・32名の患者と23名の介護者	・抑うつ：HADS-D ・不安：HADS-A ・全般的な気持ちのつらさ：HADSの合計点 ・QOL：EORTC-QLQC30-GHSの合計点 ・評価時期：ベースライン、介入後、3カ月後	・抑うつ・不安：介入群で有意な改善を認めた	[介護者のアウトカム] ・介護者の抑うつ・不安などのアウトカムは、介入群と通常ケア群で有意差なし

(つづく)

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさの 改善/悪化率	その他
Badger, et al. 2007 ⁹⁾	ランダム化比較試験	- 術後治療中のI～III期乳がん患者とパートナー 97組（患者と配偶者）	- 介入a：telephone interpersonal counseling(精神科看護カウンセラーによる電話カウンセリング介入) - 介入b：self-managed exercise（自己管理で定期的な運動を行う） - 介入期間：6週間 - 介入a：38組 - 介入b：23組	- 乳がんに関する情報の印刷物を渡し、電話で簡単なフォローアップのみ 37組	- 抑うつ：CES-D - 不安：PANAS（4項目）+SF-12（1項目）+Index of Clinical Stress（3項目） - 評価時期：ベースライン、6週間後、10週間後	- 抑うつ：ベースラインの抑うつスコアに有意差があり、介入後の結果はみられなかった - 不安：ベースラインでの不安スコアの群間差はなく、ベースラインと6週間後のスコアの比較したところ介入a群と介入b群と介入a群と介入b群では有意に減少していたが、対照群では有意な減少はみられなかった	【介護者のアウトカム】 - パートナーの抑うつ：ベースラインと6週間および10週後のスコアを比較したところ、3群とも有意に減少した（$P<0.001$）。 - パートナーの不安：ベースラインと6週間および10週後のスコアを比較したところ、介入a群と介入b群で有意に減少した（$P<0.001$）が、AC群では有意な減少がみられなかった。
Kozachik, et al. 2001 ¹⁰⁾	ランダム化比較試験	- 新規に固形がん/非ホジキンリンパ腫と診断され化学療法を開始して56日以内の患者と caregiver 120組	- Cancer Care Intervention（修士をもつ看護師による症状マネージメント・教育・情緒的サポートの全9回（対面1時間×5回・電話20分×4回）からなる介入、1回/2週×16週間） - 介入期間：16週間 61組	- 対照群 59組	- 抑うつ：CES-D - 評価時期：ベースライン、9週目、24週目	抑うつ：介入後の患者の抑うつスコアにおいて、群間差なし（差の検定結果なし）	【介護者のアウトカム】 - 介護者の抑うつ：介入後、群間差なし
Kurtz, et al. 2005 ¹¹⁾	ランダム化比較試験	- 初回化学療法中の固形がん患者と caregiver 237組	- 介入群【全10回（対面5回、電話5回）/20週間のプログラム、認知行動変換モデルに基づく症状コントロール介入】 - 介入期間：20週間 118組	- 対照群 119組	- 抑うつ：CES-D - 評価時期：ベースライン、10週間後、20週間後	介入前後の患者の抑うつスコア：介入群前12.2±9.0、後6.6±7.7、対照群前13.6±9.0、後9.9±9.2（平均±標準偏差）であった（差の検定結果なし）	【介護者のアウトカム】 - 介護者の抑うつ：介入後、群間差なし

(つづく)

【臨床疑問 6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Lewis, et al. 2019 ⁽²⁾	ランダム化比較試験	・6カ月以内にstage 0～Ⅲ期乳がんを診断された患者とcaregiver ・322組	・介入群（Help Her Heal Program：看護師/certified health educator/SWによる心理教育的なセッション0.5～1時間/回/2週間×5回） ・介入期間：10週間 ・159組	・対照群（bookletのみ郵送） ・163組	・抑うつ：CES-D ・不安：STAI ・評価時期：ベースライン、3カ月後、6カ月後、9カ月後	・抑うつ・不安：ベースライン3カ月後、6カ月後、9カ月後とも介入群と対照群との間に有意差なし	[患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] 家族関係：ベースラインから3カ月後のmarital communicationのスコアは介入群で有意に改善した [介護者のアウトカム] 介護者の抑うつ：介入3カ月後、介入群は、対照群と比して、有意な改善あり 介護者の不安：介入3カ月後、6カ月後、介入群は、対照群と比して、有意な改善あり 介護者の家族関係：介入3カ月後、6カ月後、9カ月後とも、介入群は対照群と比して有意な改善あり
Manne, et al. 2005 ⁽³⁾	ランダム化比較試験	・術後6カ月以内の早期乳がん患者（介入群はcoupleで参加） ・238組	・couple-focused therapy（週1回90分セッション×6回のグループ介入：サポートと対処スキルの向上に焦点） ・介入期間：6週間 ・120組	・通常ケア群 ・118組	・抑うつ：MHI-depression ・不安：MHI-anxiety ・評価時期：ベースライン、1週間後、6カ月後	・抑うつ、不安：群間比較の結果、有意な改善はみられなかった	・介入群に割り付けられた120組のうち42組は一度も治療セッションに参加していない [介護者のアウトカム] ・介護者アウトカムの記述なし
McCorkle, et al. 2007 ⁽⁴⁾	ランダム化比較試験	・根治的前立腺摘出術を受けた前立腺がん患者および配偶者 ・126組	Standardized nursing intervention（SNiIP：看護師が、1回の家庭訪問と1回の電話×8週の患者向け・介護者向け・カップル向けに実施） ・介入期間：8週間 ・62組	・対照群 ・64組	・抑うつ：CES-D ・評価時期：ベースライン、術後1カ月後、術後3カ月後、術後6カ月後	・抑うつ：群間比較の結果、有意な改善はみられなかった	・患者/配偶者とも、対照群、介入群にかかわらず、時間の経過とともに抑うつ症状が減少傾向にあった (つづく)

【臨床疑問6】 文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
McLean, et al. 2013 ⁽⁵⁾	ランダム化比較試験	・転移性がん患者と1年以上の恋愛関係にある者（患者であるいはパートナーのどちらかがRDAS≦47） ・42組	Emotionally Focused Therapy（心理士による週1回、1時間のカップルセッション） ・介入期間：2～3カ月 ・22組	・通常ケア群 ・20組	・抑うつ：BDI-IIの合計点 ・評価時期：ベースライン、介入後、3カ月後	・抑うつ：介入後のスコアには両群間有意差なし	[患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] 介入群は通常ケア群に比べて、夫婦間の機能・婚姻の苦痛(RDAS) (P≦0.0001) と患者の介護者の共感的ケアの経験 (P=0.02)に有意な改善をもたらした
Nicolaisen, et al. 2018 ⁽⁶⁾	ランダム化比較試験	・乳がん患者とパートナー ・198組	Hand in Hand intervention（臨床心理士による、手術後5カ月までの間に、4～8のカップルセッション：夫婦間の対処や適応を高めるトレーニング） ・介入期間：記載なし ・102組	・通常ケア群 ・96組	・抑うつ：HADS-D ・不安：HADS-A ・評価時期：ベースライン、5カ月後、10カ月後	・抑うつ：両群間で有意差なし ・不安：両群間で有意差なし	[介護者のアウトカム] ・パートナー評価の夫婦間の機能・婚姻の苦痛 (RDAS) は通常ケア群に比べて介入群で有意な改善あり (P=0.001) [患者の気持ちのつらさ以外のアウトカム] ・がん関連の苦痛 (IES) は、患者とパートナーの両方で時間の経過とともに減少したが、有意差なし [介護者のアウトカム] ・パートナーの抑うつ・不安・家族関係とも、介入群と通常ケア群で有意差なし

(つづく)

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Baucom, et al. 2009 ⁽⁷⁾	ランダム化比較試験	I～II期乳がん患者と配偶者/パートナー14組	• Couple-based relationship enhancement（カップル・セラピーの訓練を受けた臨床心理学の博士課程の学生による6回の対面セッション：乳がんに関する情報、コミュニケーション技術、問題解決などの内容が含まれている） • 介入期間：記載なし • 8組	• 通常ケア群 • 6組	• 全般的な気持ちのつらさ：BSI-18 • QOL：FACT-B • 評価時期：ベースライン, 介入後, 1年後	• 全般的な気持ちのつらさ：介入後と1年後のフォローアップ時, 介入群の患者は通常ケア群に比し, 改善していたと記述されているが, 解析結果が示されていない	• QOLや家族関係も改善していたと記述されているが, 解析結果が示されていない [介護者のアウトカム] • 介入後と1年後のフォローアップ時, 介入群の配偶者/パートナーでは通常ケア群に比し, 心理的因子 (BSI-18, FACT-B) も家族関係の因子 (QMI) も改善していたと記述されているが, 解析結果が示されていない
Couper, et al. 2015 ⁽⁸⁾	ランダム化比較試験	• 12カ月以内に前立腺がん (T1～3, N0, M0) と診断された患者と1年以上同居している配偶者/パートナー • 62組	• Cognitive existential couple therapy（精神医療の専門家による1～1.5時間/週×6週間のプログラムの） • 介入期間：記載なし • 30組	• 対照群 • 32組	• 全般的な気持ちのつらさ：MHI-18 • 評価時期：ベースライン, 10週間後, 9カ月後	• 全般的な気持ちのつらさ：両群間でベースラインから10週間および9カ月後のFRI下位尺度 (couple cohesion) は介入群で有意に高かった (P=0.03) [介護者のアウトカム] • 若いパートナーの気持ちのつらさ：介入群は, 対照群と比して, ベースラインから10週後のMental Health Inventoryスコアに有意差あり (P=0.008) • 家族関係：介入群は, 対照群と比して, ベースラインから9カ月後のFRIスコアに有意差あり (P=0.009)	(つづく)

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしない患者・介護者への介入研究）

◆患者と介護者への介入（20件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
Heinrichs, et al. 2012 ⁽⁹⁾	ランダム化比較試験	・Stage I～Ⅲの乳がん/婦人科さんと診断された患者と1年以上同居している配偶者/パートナー ・90組	・Relationship enhancement program（2時間/回/2週×4回の対面プログラム、パートナーとの関係性、認知行動療法介入の内容が含まれている） ・介入期間：8週 ・45組	・対照群 Control program：1回2時間のみがんに関する情報提供 ・45組	・気持ちのつらさ：Questionnaire on Stress in Cancer Patients ・評価時期：ベースライン、6カ月後、12カ月後	・介入後の結果のみの解析なし（解析結果は尺度ごとに Time, Group, Time×group として示されている） ※ベースラインの気持ちのつらさスコアに群間差あり	【介護者のアウトカム】 配偶者のみの解析結果なし
Manne, et al. 2007 ⁽²⁰⁾	ランダム化比較試験	・術後6カ月以内の早期乳がん患者（介入群は couple で参加） ・238組	・couple-focused therapy（週1回90分×6回のグループ介入：がんの心理的影響を理解することに焦点を当て、夫婦や関係性への強化） ・介入期間：6週間 ・120組	・通常ケア群 ・118組	・全般的な気持ちのつらさ：MHI-18 ・評価時期：ベースライン、1週間後、6カ月後	・全般的な気持ちのつらさ：群間比較の結果、有意な差は認めなかった	・介入群に割り付けられた120組のうち42組は一度も治療セッションに参加していない 【介護者のアウトカム】 ・介護者アウトカムの記述なし
Manne, et al. 2011 ⁽²¹⁾	ランダム化比較試験	・限局性前立腺がんとそのパートナー ・71組	・intimacy-enhancing therapy（トレーニングを受けた介入者が、90分のカップルセッション×5回：がんに関する考えや感情を共有するための夫婦能力の向上などのスキルトレーニング、自宅での練習） ・介入期間：記載なし ・37組	・通常ケア群 ・34組	・全般的な気持ちのつらさ：MHI ・評価時期：ベースライン、2カ月後（ベースラインから）	・全般的な気持ちのつらさ：治療による有意な差は認めなかった	がん特有の苦痛、がんの心配、人間関係の満足度、および人間関係の親密さについては、治療による有意な効果はなかった。 【介護者のアウトカム】 ・パートナーの全般的苦痛、がん特有の苦痛、がんの心配、人間関係の満足度、および人間関係の親密さについては、治療による有意な効果はなし

BDI：Beck Depression Inventory, BDI-II：Beck Depression Inventory-II, BSI-18：Brief Symptom Inventory-18, CES-D：Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, EORTC-QLQ30-GHS：European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-global health status, FACT-B：Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast, FACT-L：Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung, HADS-A：Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety, HADS-D：Hospital Anxiety and Depression Scale-depression, MHI-18：Mental Health Inventory-18, PANAS：Positive and Negative Affect Schedule, SCL-90-R：Symptom Checklist 90-Revised, STAI：State-Trait Anxiety Inventory

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆介護者のみへの介入（5件）

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさの 改善/悪化率	その他
Blanchard, et al. 1996 ²²⁾	ランダム化 比較試験	がん患者の配偶者（介入 は配偶者のみ） ・66名	Coping with Cancer inter- vention program（経験のある ソーシャルワーカーが1時 間×6回の問題解決モデルに 基づいたカウンセリングを行 う） ・介入期間：6週間 ・配偶者30名	・通常ケア群 ・配偶者36名	・抑うつ：CES-D ・QOL：Functional living Index-Cancer ・評価時期：ベースライン、 介入後、6カ月後（ベース ラインから）	・介入2週後の結 果、すべてのアウ トカムで有意差 なし	【患者の気持ちのつらさ以外 のアウトカム】 ・介入群の患者ではベース ラインとベースライン6 カ月後の抑うつスコアに 有意な変化（抑うつつの減 少）がみられた 【介護者のアウトカム】 ・配偶者のアウトカムは有 意差なし
Bultz, et al. 2000 ²³⁾	ランダム化 比較試験	1年以内にI/II期の乳 がんと診断された患者と パートナー（介入はパー トナーのみ） ・36組（介入直前に2組 がドロップアウト）	Psychoeducational group intervention（ファシリテ ーター：心理士2名、1.5～2時 間/1回/週×6週間のグルー プセッション：病気と心理社 会的側面について情報提供1 回、腫瘍内科の講義1回、他 の4回のセッションは非構造 的に患者との関係や気持ちの 問題について取り上げる） ・介入期間：6週間 ・15組	・対照群 ・19組	・抑うつ：POMS-depress- ion/dejection ・不安：POMS-tension/ anxiety ・気持ちのつらさ：POMS- total mood disturbance (TMD) ・評価時期：ベースライン、 6週間後、3カ月後	・6週間の介入後、 すべてのアウ トカムで両群に差 はみられないよ うであった（差の 検定結果なし）	【介護者のアウトカム】 ・対照群に比し介入群の パートナーでは3カ月後 のPOMS-TMDが有意に 低下した
Carlson, et al. 2017 ²⁴⁾	ランダム化 比較試験	18カ月以内に前立腺が ん（転移なし）と診断さ れた患者とパートナー （介入はパートナーのみ） ・99組	Supportive expressive ther- apy（ファシリテーター：経 験のある博士レベルの心理士 2名、1.5時間/週×6週間 のコーピングにフォーカスし たグループセッション） ・介入期間：6週間 ・45組	・対照群 ・44組	・抑うつ：POMS-depress- ion/dejection ・不安：STAI ・気持ちのつらさ：POMS- TMD ・評価時期：ベースライン、 3カ月後、6カ月後	・介入後、患者アウ トカムで有意差 なし	【介護者のアウトカム】 ・配偶者のアウトカムも有 意差なし

(つづく)

【臨床疑問6】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない患者・介護者への介入研究）

◆介護者のみへの介入（5件）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさの改善/悪化率	その他
O'Toole, et al. 2019 ²⁵⁾	ランダム化比較試験	・予後6カ月以上のがん患者の介護者 (DT>4) (介入は介護者のみ) ・81組	Emotion Regulation Therapy (訓練を受けた大学院生が、週1回×8回：心理教育、4種類のマインドフルネスを用いた注意制御スキルの訓練) ・介入期間：8週間 ・43組	・介入群 (待機群) ・38組	・全般的な気持ちのつらさ：HADSの合計点 ・QOL：EORTC-QLQ-C30 ・評価時期：ベースライン、4週、8週間後、3カ月、6カ月	・全般的な気持ちのつらさ：有意な改善なし	・QOL：介入後、有意に改善した。 [介護者のアウトカム] ・介護者アウトカム (HADS, Penn State Worry Questionnaire, Caregiver Reaction Assessment, World Health Organization-5 Well-Being Index) が介入群で有意に改善した
Shaw, et al. 2016 ²⁶⁾	ランダム化比較試験	・予後不良の消化器がん患者の介護者 (介入は介護者のみ) ・128名	Family Connect telephone intervention (経験豊富な臨床心理士による、患者の退院後の最初の10週間、介護者に4回の構造化された電話) ・介入期間：10週間 ・64名	・通常ケア群 ・64名	・全般的な気持ちのつらさ：DT ・QOL：FACT-G ・評価時期：ベースライン、3カ月後、6カ月後	・患者アウトカムの有意な改善なし	[介護者のアウトカム] ・介護者アウトカム (SF-12, Caregiver Reaction Assessment, Partner and Caregiver Supportive Care Needs Survey) も両群間有意差なし

CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DT : Distress Thermometer, EORTC-QLQ-C30 : European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30, FACT-G : Functional Assessment of Cancer Therapy-General, HADS : Hospital Anxiety and depression Scale, POMS : Profile of Mood States, STAI : State-Trait Anxiety Inventory

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？

▶ 推奨文

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、ピアサポートを単独では行わないことを提案する。

本ガイドライン総論や他の臨床疑問の内容を踏まえ、患者の価値観や各施設の実施可能性を勘案し個別的なケアを併せて提供すべきである。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）

〈留意事項〉

本臨床疑問における「閾値以上の気持ちのつらさ」の定義については本章冒頭（P212）を参照されたい。

本臨床疑問は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象に、気持ちのつらさの軽減を目的としてピアサポートを単独で実施する状況を想定して設定したものである。推奨は、「閾値以上の気持ちのつらさ」を有する成人がん患者を対象とした研究に基づいて作成した。

ピアサポートの詳細は、Ⅱ章-9B-4「がんピアサポート」（P184）を参照されたい。

システマティックレビューの結果、該当する研究が乏しかったため、そのような対象と目的に対して、ピアサポートを「単独では」行わない提案とした。「閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者」に対しては、より推奨度の高い介入を優先すべきである。

一方、「対象者の気持ちのつらさの閾値が設定されていない研究」や「対象者の気持ちのつらさの定義がなされていない研究」において、ピアサポートが気持ちのつらさを軽減する可能性が報告されている。そのため、推奨度が高い他の介入を十分に検討したうえで、補助的に「閾値以上の気持ちのつらさ」を有するがん患者に対して、気持ちのつらさの軽減を目的としてピアサポートを実施することを妨げるものではない。

また、ピアサポートは、患者の気持ちのつらさの軽減以外にも、自己効力感の改善、健康関連行動（例：身体活動、食習慣、投薬や治療の遵守）、ソーシャルサポート、コーピング、QOLの改善などを目的として実施されることもあり、ピアサポートをそのような目的で行うことを妨げるものではない。

閾値以下の気持ちのつらさは、本臨床疑問・推奨文の対象ではないが、「閾値以上の気持ちのつらさ」に対する研究知見が不十分な場合に、「対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究」の知見が参考になる可能性があると考え、末尾に【参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要】としてまとめた。

●採用文献の概要

システマティックレビューを実施するにあたり、本臨床疑問で対象とするピアサポートを、①がん経験者が主体となる介入であること、②医療者の関与が間接的であること（医療者が直接患者に会うことはしない）、③がん患者間の相互交流が主介入であること（対面・電話・メール・オンライン面会など、手段については問わない）、と定義した。がん患者の話を一方的に聞くなどの、患者間の相互交流が含まれない介入研究は除外した。また、精神保健

の専門家が関与する介入は、がん経験者によるピアサポート介入と精神保健の専門家による介入の効果を判別することが困難なため、精神保健の専門家が主導するがん患者を対象とした集団精神療法やサポートグループに関する研究、専門職が患者グループのファシリテータとして参加した研究や、必要に応じて専門職ががん患者に直接関与した研究も、本臨床疑問の対象から除外した。

システマティックレビューの結果、本臨床疑問に関する、閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者を対象としたランダム化比較試験は、Lee ら¹⁾による 1 件であった。気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究（閾値を設定しない研究）で、気持ちのつらさに関連するアウトカムを検証したランダム化比較試験は 12 件あり、そのなかでサブグループ解析により閾値以上の気持ちのつらさに関する知見を含んだ研究は 2 件^{ab)}あった。

ガイドライン作成グループは、本臨床疑問の推奨の判断に重要なアウトカムとして、1) 抑うつ、2) 不安、3) 全般的な気持ちのつらさの 3 つのアウトカムに関するエビデンスを評価した。

1) 抑うつ〔エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）〕

Lee ら¹⁾は、新規に診断された stage I～Ⅲの乳がん患者 64 名を対象に、通常ケアを受けた 65 名を対照群としたピアサポートに関するランダム化比較試験を行った。Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) で測定した、抑うつまたは不安症状を有する患者（HADS $\geq$ 8、ただし、精神疾患のために治療やケアを受けている者を除く）に対して、訓練を受けたピアサポート・パートナーが 6 週間、週 1 回対面または電話で個別に情緒的な支援を提供するプログラムの効果を検証した。本研究のピアサポート介入は、がん患者の心理的苦痛を緩和するため、理論的枠組みとして自己効力感（self-efficacy）の向上を主要アウトカムとして設計された。その結果、HADS 抑うつサブスケールの得点は 2 群間で有意差を認めなかった。介入群においては自己効力感の向上が報告された。

2) 不安〔エビデンスの確実性（強さ）：D（非常に弱い）〕

前掲の Lee ら¹⁾による新規乳がん患者 64 名を対象に、通常ケアを受けた 65 名を対照群としてピアサポート介入の効果を検証するランダム化比較試験を行った結果、HADS 不安サブスケールで測定された不安症状について介入群と対照群の間で有意差は認められなかった。

3) 全般的な気持ちのつらさ（general psychological distress）

全般的な気持ちのつらさをアウトカムとした該当論文はなかった。

●解説

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、抑うつ、不安などの精神心理的苦痛の軽減に関する効果を検証したランダム化比較試験は Lee ら¹⁾による 1 件で、対照群との有意差を認めなかった。さらに、関連する知見を含む 2 件の研究においても結果が分かれたことから、エビデンスの確実性（強さ）は、「非常に弱い」とした。

1) 益と害のバランス

益：気持ちのつらさを有するがん患者がピアサポートを受けることで、患者の精神心理的苦痛の軽減は示されなかった（非常に弱い）。

害：気持ちのつらさを有するがん患者がピアサポートを受けることで、患者の精神的苦痛の増悪は示されなかった（非常に弱い）。

2) 患者の価値観・希望

がん患者のピアサポート介入への参加目的や動機は、必ずしも抑うつや不安といった閾値以上の気持ちのつらさの軽減とは限らない。「他のがん患者の意見や経験について聞きたい」というがん患者は存在し^{ac)}、ピアサポートはそのような患者のニーズにマッチするものと考ええる。一方で、他の患者と接することの負担を感じる患者もいることから、患者のニーズに応じて、利用の目的や方法などについて検討する必要がある。

3) コスト・臨床応用性

①コストについて

ピアサポート介入に関するコストや費用対効果について検証した研究はなかった。しかし、気持ちのつらさを有するがん患者のケアにピアサポートを導入するにあたっては、ピアサポーターに対する事前の教育研修や専門職によるスーパービジョンなどの十分なサポートが得られるように配慮する必要がある、ピアサポートの実施には一定のコストがかかると考えられる。一方、現在がん診療連携拠点病院において設置が要件とされている「がんサロン」は、ピアサポートの場としての活用が期待されており、がん経験者であれば誰でも無料で利用可能である。

②臨床応用性について

上述のように、閾値以上の気持ちのつらさに対するピアサポートの有効性は、十分に実証されているとはいえない。Lee らの研究¹⁾では、参加者の脱落率が高く、脱落した参加者はプログラムから負の影響を受けていた可能性がある。また、後述の【対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究】（気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究）においては、気持ちのつらさが増悪した研究や、介入群よりも対照群の改善度の方が高い研究も報告されており、ピアサポートを閾値以上の気持ちのつらさに対して単独で用いた場合に、逆に気持ちのつらさが増悪する参加者がいる可能性がある。したがって、ピアサポートは精神保健の専門家による介入の代用として導入するべきではない。特に、患者に精神疾患の既往がある場合、精神症状の重症度が高い場合、スクリーニングツールなどでカットオフ値を超えていて（すなわち、閾値以上の気持ちのつらさを有していて）精神疾患をかかえている可能性が高い場合、などは、まず精神保健の専門家にコンサルトすることが勧められる。患者がピアサポートを利用している間も定期的に精神症状を評価し、状態が悪化した場合は、速やかな対処が求められる。

ピアサポート介入には、対面/電話/オンライン、個別/グループなどのさまざまな種類があり、ピアサポーターの役割も画一化されていないため、介入の特徴に応じた提供体制を整え

ていく必要がある（Ⅱ章-9B-4 がんピアサポート「2. ピアサポートの方法と役割」参照）。例えば、わが国のがん診療連携拠点病院で実施されている「がんサロン」は、がん患者であれば誰でもアクセス可能であるため、利用者は閾値以上の気持ちのつらさを有する患者と、そのような気持ちのつらさを有しない患者が混在している可能性がある。閾値以上の気持ちのつらさを有する患者へのピアサポート介入については、ピアサポーター側が対応に難渋し、過負荷となることも危惧される（Ⅱ章-9B-4 がんピアサポート「3. ピアサポートの効果と懸念」参照）。ピアサポーター自身の気持ちのつらさや参加者とのトラブルなどに対する対処を含め、がんサロンにおけるピアサポートの提供にあたっては、ピアサポーターに教育研修の機会を確保するとともに多職種チームでサポートし、ピアサポーターが専門職と協働して活動できる環境を整えていく必要がある（Ⅱ章-9B-4 がんピアサポート「5. ピアサポーター養成内容と活動実態」「6. ピアサポートの機会をピアサポーターと協働できる行政担当者、医療者の育成」参照）。

わが国におけるピアサポートには、閾値以上の気持ちのつらさを有しない患者も多く参加していることが考えられ、システマティックレビューによるエビデンスとわが国のピアサポートの現状には非直接性の問題がある。本ガイドライン作成グループとしては、臨床域の気持ちのつらさ（閾値以上の気持ちのつらさ）を有するがん患者に対して、気持ちのつらさの緩和を目的としてピアサポートを単独では提供せず、まず精神保健の専門家による治療的介入および観察を継続することを提案する。そのうえで、患者のニーズやピアサポートの実施状況に応じて、ピアサポートを他の目的で提供することは否定しないこととした。

●参考：対象者の精神心理的苦痛の定義がなされていない研究の概要

システマティックレビューの結果、気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない研究が12件あった。その内訳は、乳がん患者を対象とした研究が7件、前立腺がん患者を対象とした研究が2件、対象者のがん種を限定しない研究が3件あった。これらの研究のなかでピアサポートはさまざまな方法によって提供されていた。介入の主体となるがん経験者に教育訓練を実施した研究は10件あり、そのうち、構造化された介入プログラムの効果を検証した研究が5件含まれた。

ピアとの対面による介入を実施した研究が5件で、電話やインターネットなどを使用した非対面によるピアとの交流が中心となる介入を実施した研究が7件あった。

1) 抑うつをアウトカムとした研究

抑うつを評価した研究は10件^{a,d-1)}あり、そのうち、抑うつが改善したのは2件であった^{d,e)}。改善がみられなかった研究は8件で、そのうちの1件は、介入6カ月後に対照群の方が介入群よりも抑うつの改善の程度が大きく、介入群では非機能的なコーピング（anxious preoccupation, helplessness, confusion and depression）の減少の幅が対照群に比べて小さかった^{f)}。

Gotay ら^{a)}は、再発から1年を経た乳がん患者152名を対象に、通常ケアを受けた152名を対照群として、電話によるピア・カウンセリングの効果についてランダム化比較試験を実施した。その結果、閾値以上の抑うつの出現頻度は両群で有意差を認めなかった。ただし、介入群の88%が介入に満足し、その他のサポート資源の利用率も高かった。

2) 不安をアウトカムとした研究

不安を評価した研究は3件^{g,h,j}あり、そのうち、1件の研究で不安が軽減し、QOL（社会的機能、食欲不振、経済的困難）にも改善を認めた^g。介入後直後には不安の改善が認められなかった研究2件のうち、1件は6カ月後に有意に改善が認められた^h。

3) 全般的な気持ちのつらさ（general psychological distress）を対象とした研究

全般的な気持ちのつらさを評価した研究は3件^{b,f,m}あった。いずれも介入群で有意な改善を認めなかったが、1件において介入群で全般的精神心理的苦痛の有意な悪化を示し、介入12カ月後もこの傾向は持続していた^m。また、閾値以上の気持ちのつらさに関する二次解析を行った研究もある。Schoverら^bは、アフリカ系アメリカ人の乳がん患者48名を対象に、待機群を対照群として、性機能の向上を目的としたピアカウンセラーによる1対1の構造化された介入プログラム（SPIRIT：Sister Peer counseling in Reproductive Issues after Treatment）に関するランダム化比較試験を実施した。気持ちのつらさをGlobal Severity Index（GSI）で測定した結果、3カ月後に両群間に有意差は認めなかった。一方で、付加的な検討として、閾値以上の気持ちのつらさを有する群（GSI $\geq$ 13）10名とそれ以外の群38名において、介入前後と3カ月後の経時的変化について調査したところ、両群間にはGSI得点の経時的変化に有意差が認められ、閾値以上の気持ちのつらさを有する群において気持ちのつらさが改善していた。

気持ちのつらさの改善を認めた研究は、いずれも介入の主体となるピアサポーターに対する教育訓練が実施されており、1対1のペアによる介入方法を採用していた^{d,e,h}。一方、気持ちのつらさの一時的な悪化を報告した研究、および、対照群の方が気持ちのつらさの軽減の程度が低かった研究は、構造化されていないインターネットを用いたピアグループによる介入効果を検証する研究であった^{f,m}。

上記の通り、気持ちのつらさの程度に関する包含基準がないピアサポート研究では、抑うつ・不安などの気持ちのつらさの有意な改善を認めた報告もあったが、効果は限定的であった^{d,e,g,h}。その理由としては、これらの研究には、もともと気持ちのつらさを有しない患者が少なからず含まれており、介入の効果量が小さかった可能性がある。また、ピアサポートのように専門職が主導しないセルフヘルプ型の介入は、支援ニーズを強く感じている患者群に対して効果が高く、支援ニーズがない、または低い患者が含まれる研究では効果量が小さいと考えられているⁿ。

今後は、がん患者のピアサポートで有効性が期待されるアウトカム、ピアサポートの効果的な実施方法や実施タイミング、ピアサポート介入に適した患者の特性などに関する知見の蓄積が必要である。

がん患者は必ずしも抑うつや不安といった閾値以上の気持ちのつらさの軽減を目的としてピアサポートに参加するわけではない。気持ちのつらさの程度に関する包含基準がない13件のランダム化比較試験においても、介入目的や期待されたアウトカムはメンタルヘルスの改善の他に、自己効力感（「自分は必要な行動をとり、結果を出せる」と考えられる力）の向上^{d,e,i,k}、セクシュアリティの改善^{b,d,e}、QOLの向上^{d,e,g,h,l}、夫婦関係の改善^k、心的外傷後ストレス症状の改善^k、心的外傷後成長^g、コーピング（ストレス反応への対処法）の改善^{g,j,k}、

健康関連行動の促進^{g)}、ストレス・マネジメント・スキルの向上^{h)}、ソーシャルサポートの向上^{d,g,k)}があった。これらの研究のなかで、自己効力感^{d,e)}、セクシュアリティ^{b)}に有意な改善があったことや、介入に対する満足感が高かったこと^{a,l,m)}が報告されている。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

我々の把握する限り、米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）や欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）などの主要な国際的なガイドラインにおいて、本臨床疑問に関する推奨はなされていない。

5) 実施に関わる検討事項

閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者に対して、気持ちのつらさの緩和を目的としてピアサポートを単独では提供しないことを提案した。一方で、精神症状の十分な評価を受けないまま、閾値以上の気持ちのつらさをかかえながらピアサポートに参加するケースも十分に考えられる。医療的な対応が必要である気持ちのつらさ（閾値以上の気持ちのつらさ）を、医療ではない枠組みのみで対応することに関するリスクを念頭に置く必要がある。閾値以上の気持ちのつらさを有する患者に対応することが、ピアサポーターにとって過負荷となるリスクも考えられる。ピアサポートの導入にあたっては、精神症状のスクリーニングや評価に加え、精神・心理を含めた多職種チームとの連携が十分に行える体制を確保しておく必要がある。さらに、介入にあたるピアに対する研修や、介入中に十分なサポートができる体制づくりに配慮するべきである。

6) 今後の研究可能性

ピアサポート介入を、閾値以上の気持ちのつらさを有するがん患者に適用していくためには、今後多くの研究が望まれる。はじめに、閾値以上の抑うつ、不安に対する介入研究によって、効果や有害事象を検証する必要がある。また、病期や治療段階など、どのような対象に対してどのような効果が期待できるかに関する知見も重要である。次に、過去の研究から、ピアサポートによって改善したアウトカムが、将来の抑うつや不安に対する予防因子となりうるものが指摘されている。気持ちのつらさに対する予防効果も、今後実施する価値のある研究領域である。また、介入を提供するピア自身もさまざまなニーズや課題をかかえている可能性があり、効果的なピアの養成についてのプログラムに関する研究や、ピアに対するサポートに関する研究も必要である。さらに、ピアサポートは、参加者の満足度など、つらさ・抑うつ・不安以外のニーズを満たしている可能性もあるため、抑うつ・不安以外の指標に関するアウトカムの検討も必要である。

（久村和穂，吉川栄省）

■ 文 献

1) Lee R, Lee KS, Oh EG, et al. A randomized trial of dyadic peer support intervention for newly diag-

nosed breast cancer patients in Korea. Cancer Nurs 2013; 36: E15-22

参考文献

- a) Gotay CC, Moinpour CM, Unger JM, et al. Impact of a peer-delivered telephone intervention for women experiencing a breast cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2007; 25: 2093-9
- b) Schover LR, Jenkins R, Sui D, et al. Randomized trial of peer counseling on reproductive health in African American breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1620-6.
- c) Yoshikawa E, Fujisawa D, Hisamura K, et al. The potential role of peer support interventions in treating depressive symptoms in cancer patients. *J Nippon Med Sch* 2022; 89: 16-23
- d) Weber BA, Roberts BL, Resnick M, et al. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 47-60
- e) Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, et al. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health* 2007; 19: 630-45
- f) Høybye MT, Dalton SO, Deltour I, et al. Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *Br J Cancer* 2010; 102: 1348-54
- g) Yun YH, Kim YA, Lee MK, et al. A randomized controlled trial of physical activity, dietary habit, and distress management with the Leadership and Coaching for Health (LEACH) program for disease-free cancer survivors. *BMC Cancer* 2017; 17: 298
- h) Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Stewart AL, et al. Nuevo Amanecer-II : results of a randomized controlled trial of a community-based participatory, peer-delivered stress management intervention for rural Latina breast cancer survivors. *Psychooncology* 2020; 29: 1802-14
- i) Walshe C, Roberts D, Calman L, et al. Peer support to maintain psychological wellbeing in people with advanced cancer: findings from a feasibility study for a randomised controlled trial. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 129
- j) Nápoles AM, Ortiz C, Santoyo-Olsson J, et al. Nuevo Amanecer: results of a randomized controlled trial of a community-based, peer-delivered stress management intervention to improve quality of life in Latinas with breast cancer. *Am J Public Health* 2015; 105 (Suppl 3) : e55-63
- k) Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Wittenberg L, et al. Peer-counseling for women newly diagnosed with breast cancer: a randomized community/research collaboration trial. *Cancer* 2016; 122: 2408-17
- l) Vilhauer RP, McClintock MK, Matthews AK. Online support groups for women with metastatic breast cancer: a feasibility pilot study. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 560-86
- m) Salzer MS, Palmer SC, Kaplan K, et al. A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2010; 19: 441-6
- n) Ugalde A, Haynes K, Boltong A, et al. Self-guided interventions for managing psychological distress in people with cancer; a systematic review. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 846-57

【臨床疑問 7】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ その他
Lee, et al. 2013 ¹⁾	ランダム化 比較試験	・乳がん診断後 1 カ月以内の 20～64 歳の女性患者 ・HADS で 8 点以上 ・129 名	・訓練を受けたピア・サポーター・パートナー（1 年以上前にがん治療を終了した無病の乳がんサバイバー）が実施する介入 ・約 3 カ月間、32 時間の訓練プログラムを実施 ・自己効力感の理論に基づく対面または電話（1 回 20 分以上）による 1 対 1 の介入 ・術後 6 週間、週 1 回、少なくとも 4 回以上介入を実施 ・64 名	・通常ケア ・65 名	・抑うつ：HADS-D ・不安：HADS-A ・評価時期：6 週間後	・抑うつ：両群間で有意差なし（$P=0.26$、95%CI 記載なし） ・不安：両群間で有意差なし（$P=0.55$、95%CI 記載なし）

HADS-A : Hospital Anxiety and depression Scale-anxiety, HADS-D : Hospital Anxiety and depression Scale-depression

【臨床疑問7】 文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない介入研究）

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Gotay, et al. 2007 ^{a)}	ランダム化比較試験	・ステージI, II, IIIaの乳がん で、根治的外科治療後に初回再発を経験した患者 ・305名	・ピアカウンセラーが電話によるカウンセリングや情報提供を実施 ・ピアカウンセラーは、深刻な心理社会的問題への対処法を定めたプロトコルに基づいた研修を受講 ・1カ月以上、週1～2回の頻度で全4～8回 ・152名	・通常ケア ・153名	・抑うつ：CES-D ・評価時期：3カ月後	・抑うつ：両群間に有意差なし (P=0.24, OR=1.38, 95%CI 0.80-2.37)	
Schover, et al. 2006 ^{b)}	ランダム化比較試験	・予後1年以上と予測されたステージ0～III Aのアフリカ系アメリカ人の乳がん患者 ・48名	・Sexualityに関するワークブックを用いたピア・カウンセリング・プログラム(SPIRITプログラム) による介入 ・ピアカウンセラーには、講義、読書、ロールプレイ、研究倫理、カウンセリング、スビリチュアリティに関するチャブレンとの話し合いなどを含む3カ月間の研修を実施 ・参加者の自宅またはブライバシーが確保された環境で60～90分間のセッションを3回実施 ・人数記載なし	・待機リスト ・人数記載なし	・全般的な気持ちのつらさ：BSI-18とGSI ・評価時期：3カ月後	・全般的な気持ちのつらさ：両群間に有意差なし（データの記載なし） ・GSI：両群間に有意差なし（データの記載なし）	・両群のデータを統合させて介入前後と3カ月後のアウトカムを解析した結果、GSI得点の経時的な改善に有意差が認められた (P=0.0047)。 ・高distress群 (GSI≥13, 10名) は、低群 (38名) に比べて、GSI得点の経時的な低下に有意差が認められた (P=0.0011)。 (つづく)

【臨床疑問7】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしない介入研究）つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Weber, et al. 2004 ^{d)}	ランダム化比較試験	・前立腺がんのため6週間前に根治的前立腺摘除術を受けた45歳以上の男性 ・30名	・情動的なサポートの増進を目的とし、ピア（3年以上の前立腺がんサバイバー）のサポート・パートナーと患者がピアをつくり、面談する ・サポート・パートナーには2時間のトレーニング・セッションを実施 ・8週間（週1回、約1時間の面談を8回実施） ・15名	・通常ケア ・15名	・抑うつ：GDS ・評価時期：4週間後、8週間後	・抑うつ：4週間後のGDS得点の変化率は、対照群（0%）と比較して介入群（-88%）が有意に大きかった（ $P=0.02$, $F=5.90$, 95%CI記載なし）。8週間後は両群間に有意差なし（ $P=0.14$, $F=2.22$, 95%CI記載なし）	
Weber, et al. 2007 ^{e)}	ランダム化比較試験	・前立腺がんのために根治的前立腺摘除術を受けた男性 ・72名	・訓練を受けたピアとピアを組み、プライベートな会話がしやすい場所で面談 ・ピアは、DSM-IVで定義された臨床的なうつ病に関する知識、アクティブ・リスニング・スキルによるコミュニケーションについて研修を受講 ・8週間に8回実施 ・37名	・通常ケア ・35名	・抑うつ：GDS ・評価時期：8週間後	・抑うつ：8週間後、介入群においてGDS得点の改善に有意差あり（ $P=0.032$, $F=4.845$, 95%CI記載なし）	
Høybye, et al. 2010 ^{f)}	ランダム化比較試験	・リハビリテーション・センターで6日間のリハビリ・プログラムに参加した、さまざまながん種の50歳以上の患者 ・794名	・リハビリ・プログラムに参加した者同士がコミュニケーションを維持・促進するためWeb上の非構造的サポート・グループ（1グループ20名以下） ・事前にインターネットの利用方法に関する2時間の講義を受講 ・1日24時間、13カ月間アクセス可能 ・361名	・通常ケア ・433名	・抑うつ：POMS下位尺度 depression ・全般的な気持ちのつらさ：POMS総合得点 ・評価時期：1カ月後、6カ月後、1年後	・介入開始1カ月後において、POMS総合得点および抑うつ得点の変化について両群間で有意差は認められなかった ・数値の記載なし（有意なもののみ記載されていた、95%CI記載なし）	介入開始6カ月後、介入群ではPOMS下位尺度の depression（ $P=0.04$ ）の減少幅が対照群と比較して有意に小さかった

(つづく)

【臨床疑問7】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない介入研究） つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさアウトカム	気持ちのつらさ	その他
Yun, et al. 2017 ⁸⁾	ランダム化比較試験	- 一次がん治療を終了した、さまざまながん種（サバイバー） ・248名	- うつ症状を軽減するための健康関連行動を促進するLEACHプログラムに参加 - LEACHプログラムは下記が含まれる。①1時間の健康教育、②ワークシヨップ(身体活動、食生活、苦痛の管理)、③3時間の指導のためのワークシヨップ、④電話による個別指導(24週間) - ピア・サポータは、健康行動管理(8時間)、リーダーシップ(16時間)、実際のヘルスコーチング実践(24時間)からなる3か月間の訓練プログラムを受講 ・6か月間 ・134名	- 通常ケア(健康教育ブックレットの提供あり) ・72名	- 抑うつ：HADS-D得点 - 不安：HADS-A得点 - 評価時期：3か月、12か月後	- 抑うつ：3か月後に両群間で有意差は認められなかった ($P=0.986$, 95%CI記載なし) - 不安：3か月後、介入群で有意に改善した ($P=0.025$, 95%CI記載なし)	
Nápoles, et al. 2020 ⁹⁾	ランダム化比較試験	- 診断から1年以内のステージ0～ⅢCの原発性乳がん、カリフォルニア州の農村地域在住のスペイン語を話すラテン系アメリカ人女性患者 ・153名	- Nuevo Amanecer II と呼ばれる、認知行動学に基づいたストレスや感情をコントロールするためのプログラム(参加者の自宅で実施) - ピア・サポータは1日8時間のトレーニングを3日間受講 - ピア・サポータには定期的な支援が提供され、時間外の電話サービスも利用可能 - 週1回90分のセッションを10週間 ・76名	- 待機リスト ・77名	- 抑うつ：PHQ-8 - 不安：BSI-A - 評価時期：3か月後、6か月後	- 抑うつ：3か月後 ($P=0.244$, 95%CI記載なし)、6か月後 ($P=0.090$, 95%CI記載なし)ともに両群間に有意差は認められなかった。 - 不安：3か月後には両群間に有意差は認められなかった ($P=0.492$, 95%CI記載なし) 6か月後、介入群において不安得点の改善に有意差が認められた (-0.20 vs. -0.02, $P=0.049$, 範囲0～4, 95%CI記載なし)	(つづく)

【臨床疑問7】 文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない介入研究） つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ その他
Walsh, et al. 2020 ¹⁾	ランダム化比較試験 (feasibility study)	・診断時または治療後に転移がある、あるいは、予後が1年未満と推定される進行がん（種類を問わない）の患者 ・12名	・訓練を受けたピア・メンターが対面または電話で、患者の自宅や公共のインフォーマルな空間（カフェなど）で個別に接触 ・介入の内容は、個人のニーズや状況に応じて調整 ・ピア・メンター候補は、2日間のトレーニング・セッションに参加 ・週2回以内（1回2時間以内）、12週間以内 ・6名	・通常ケア ・6名	・抑うつ：PHQ-9 ・評価時期：4週後、12週後	解析結果の報告なし
Nápoles AM, et al. 2015 ¹⁾	ランダム化比較試験	・ステージ0～ⅢCの原発性乳がん、診断から1年以内の北カリフォルニア在住のスペイン語を話すラテン系アメリカ人女性患者 ・151名	・Nuevo Amanecer と呼ばれる、認知行動学に基づいたストレスや感情をコントロールするためのプログラム。参加者の自宅で対面で実施 ・ピア・サポーターに1回8時間のトレーニングを3回シリーズで実施 ・週1回90分のセッションを8週間 ・76名	・待機リスト ・75名	・抑うつ：BSI-D ・不安：BSI-A ・評価時期：3カ月後、6か月後	3カ月後に両群間の抑うつおよび不安の得点に有意差は認められなかった（抑うつ $P=0.16$, 不安 $P=0.58$, 95%CI 記載なし）

(つづく)

【臨床疑問7】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない介入研究） つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ	その他
Giese-Davis, et al. 2016 ^(k)	ランダム化比較試験	・3カ月以内に乳がんと診断されたステージ0～IVの患者 ・104名	・地域の社会資源の活用促進を行うピア・ナビゲータとペルになり、毎週電話やメールでミーティングを実施 ・7回の終日のセッションを実施し、ピア・ナビゲータを養成。臨床スーパーバイザーは毎月スーパービジョンを実施し、心配事があればオンラインで対応 ・毎週、6カ月間実施 ・52名	・通常ケア ・52名	・抑うつ：CES-D ・評価時期：12カ月後	抑うつ：12カ月後に両群間の得点の変化に有意差を認めなかった ($P=0.74$, $d=-0.07$, $95\%CI -0.45-0.31$)	
Vilhauer, et al. 2010 ^(l)	ランダム化比較試験 (pilot feasibility study)	・転移性乳がん患者 ・30名	・メーリングリストを使用したファシリテータ不在の非構造的なオンライン・サポート・グループ (1グループ3～11名) ・6カ月間 ・16名	・待機リスト ・14名	抑うつ：CES-D	抑うつ：解析結果の報告なし	(つづく)

【臨床疑問7】文献の概要（参考：気持ちのつらさの閾値設定をしていない介入研究） つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果	
			介入	対照	気持ちのつらさ アウトカム	気持ちのつらさ
Salzer, et al. 2010 ^{m)}	ランダム化比較試験	・診断1年以内のステージIIの女性乳がん患者 ・78名	・非構造化されたファシリテーター不在のインタビューによる参加メーリングリストによる参加者が限定されたピア・サポート・グループ Listserv に参加 ・介入期間：12カ月 ・51名	・がん関連Webサイトにに関する説明のみ ・27名	・全般的な気持ちのつらさ：HSCCL-25とPOMS 総合得点 ・評価時期：4カ月後、12カ月後	全般的な気持ちのつらさ (HSCCL-25) : ・4カ月後に両群間の差に有意な傾向が認められ、対照群の方が苦痛の程度は低かった (d=-0.20, P=0.10, t=-1.66, df=76, effect size (es)=0.40, 95%CI 記載なし) ・12カ月後も両群間の差に有意な傾向が認められ、対照群の方がつらさの程度は低かった (d=-0.19, P=0.11, t=-1.62, df=76, es=0.40), 95%CI 記載なし) 全般的な気持ちのつらさ (POMS) : ・4カ月後に両群間に有意差が認められ、対照群の方が苦痛の程度が低かった (d=-25.85, P=0.008, t=-2.71, df=76, es=0.65, 95%CI 記載なし) ・12カ月後も両群間に有意差が認められ、対照群の方が苦痛の程度が低かった (d=-25.58, P=0.008, t=-2.71, df=76, es=0.22, 95%CI 記載なし)

BSI-A : Brief Symptom Inventory anxiety subscale, BSI-D : BSI depression subscale, CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, GDS : Geriatric Depression Scale, GSI : Global Severity Index, HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-A : Anxiety Subscale of HADS, HADS-D : Depression Subscale of HADS, HSCCL-25 : Hopkins Symptoms Checklist, PHQ-8 : Patient Health Questionnaire-8, POMS : the Profile of Mood States, SAS : Self-Rating Anxiety Scale, SDS : Self-Rating Depression Scale

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？

▶ 推奨文

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）を実施することを提案する。

※この推奨文の適用にあたっては、以下の留意事項を必ず参照すること

■推奨の強さ：2（弱い）

■エビデンスの確実性（強さ）：A（強い）

〈留意事項〉

本臨床疑問におけるがん患者の再発恐怖（fear of cancer recurrence：FCR）は、「がんが再発または進行する可能性に関連した恐怖、悩み、あるいは心配事」と定義される^{a)}。再発不安と表現されることがあるが、本ガイドラインでは「再発恐怖」の用語で統一した。詳細は本ガイドラインのⅡ章-2-2-6「再発恐怖」（P21）を参照されたい。

がん治療後に再発恐怖を経験している患者は7割程度存在すると推定されている。再発恐怖に対する標準的な診断基準は明らかになっていないことから、本臨床疑問で対象とする研究は、研究対象者のがんの再発恐怖の閾値を設定せずに収集し、推奨を作成した。

システマティックレビューの結果、再発恐怖に対する精神療法の有効性は期待できると判断した。一方で、患者の希望や提供者の質の確保の点から推奨の強さは「弱い」とした。

●採用文献の概要

文献検索に先立ち事前検索を行ったところ、Tauber ら^{b)}により同じ臨床疑問に対応するシステマティックレビューが実施されていたため、そのレビューを利用することとした。同じ文献検索戦略を用いて、期間を Tauber らが行ったレビュー以降の2018年7月から2020年12月と設定し、収集する研究をランダム化比較試験のみに設定して文献検索を行った。なお、対象者はがん治療を受けた成人がん患者とし、介入全体の50%以上に心理教育や瞑想などの心理技法が含まれる介入を精神療法と定義した。新たに得られた文献に、Tauber らのレビューにおいて抽出された文献およびハンドサーチで得られた文献を加えて、システマティックレビューを実施した。

アウトカムに再発恐怖が含まれる研究は35件であった¹⁻³⁵⁾。研究のほとんどが、乳がんの患者を対象とした介入で、自助介入（セルフヘルプ）を除くと、ほとんどの介入においてセッション数は5回を超えていた。介入内容は認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）¹⁻¹¹⁾やマインドフルネス¹²⁻²²⁾に基づいた介入が多く、その他にアクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）^{23,24)}などさまざまであった。がん再発恐怖に特化した介入方法としては、オーストラリアで主に実施されている Conquer Fear と呼ばれる介入があった。これは、Common-Sense Model や Self-Regulatory Executive Function Model などいくつかのモデルに基づくメタ認知に焦点を当てた介入で、60～90分の個人セッションを5回実施するものであ

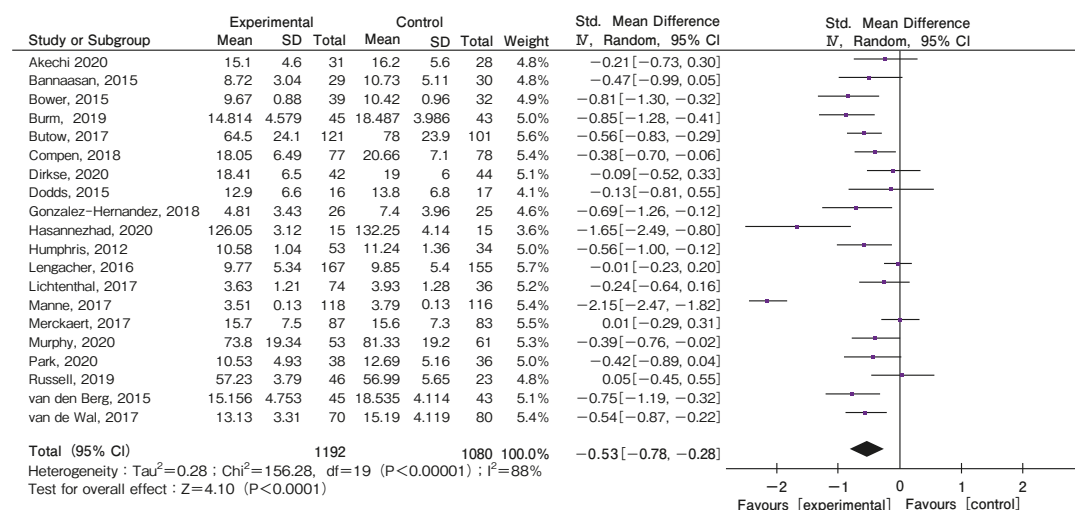


図1 再発恐怖の軽減に関する Forest plot

る^{25,36)}。その効果は介入6カ月以降も持続したと報告されている。

わが国において実施された研究は2件あった。1つめは、Parkら¹³⁾が行った乳がん患者38名を対象に行った8週間のマインドフルネスプログラムで、36名の待機対照群と比較して再発恐怖を軽減させ、介入4週間後においても中程度の効果が示された。2つめの研究はAkechiら¹⁾によって行われた問題解決療法を主とした乳がん患者31名への介入で、4回の対面および電話での面接のなかで、患者のニーズに合わせて実施されたが、その効果は待機対照群28名と比較して有意な差はなかった。

【評価】

採用文献のうち、解析のためのデータが入手できた論文20件でメタアナリシスを行ったところ、対照群に比べて精神療法群で再発恐怖の有意な改善を認めた(図1)。エフェクトサイズは中程度(標準化平均差-0.53 [95%信頼区間-0.78, -0.28])であり、信頼区間が小さいことから不精確性の問題は低いと考えた。しかし、異質性が88%と高く、中程度のリスクが示された。異質性が高い原因としては、介入によって基盤となるモデルや手法、介入期間などが異なることが考えられたため、介入方法によって効果が異なるのか今後検討していく必要がある。

●解説

システマティックレビューから、再発恐怖に対する精神療法の有効性は期待できる。再発恐怖に対する介入の種類は多様であり、一概に精神療法であれば何でもよいということではないが、患者や環境に適した精神療法を精査して実施することは、患者にとって有益であろう。一方で、再発恐怖を有する患者全員が必ずしも精神療法を必要としない可能性や、精神療法を提供することが可能な人材を確保することが難しい点から、推奨の強さは弱いと判断した。

1) 益と害のバランス

益：今回のシステマティックレビューの結果，精神療法は再発恐怖に対して中程度の効果があることが示された。先行研究の件数や研究の質の観点から，エビデンスの確実性（強さ）は高く，精神療法の有効性は期待できる。

害：有害事象を評価・報告している研究はなかった。ただし，臨床的には，患者が精神療法に負担を感じるなどの有害事象は生じうる可能性がある。精神療法の有害事象の定義や評価方法が確立されていないため，多くの臨床研究で評価がなされていない実状があることに留意する必要がある。

2) 患者の価値観・希望

再発恐怖は多くのがんサバイバーがかかえるといわれるものの，うつ病や不安障害などとは異なり，精神疾患には該当せず診断基準は存在しない。治療者側にとって，再発恐怖は「疾患ではない」ことから，問題の重要性が低く評価されている可能性がある。一方で，患者側のニーズは大きく，再発恐怖はがんサバイバーにとって最も共通する問題の一つとして捉えられている。そのため，再発恐怖に対するケアの確立は重要であると考えられる。日常生活で感じる再発への恐怖をどのように扱えばよいのか困っているがんサバイバーも少なくない。

3) コスト・臨床適応性

①コストについて

精神療法の実施には，心理専門職の雇用，精神療法を行うためのトレーニング，精神療法を行う時間などに費用が必要となる。

一方，再発恐怖が高いがん患者は，代替療法にお金をつぎ込んだり，診察や電話相談が頻回になったりすることが報告されている^{c)}。このような医療サービスの費用と心理介入によるコストが対照群と介入群で異なるかを検証した費用対効果研究が報告されている。例えば，ドイツで行われた研究では，再発恐怖に対する治療として認知行動療法と支持療法のグループ療法を実施した結果，入院日数が認知行動療法では3.57日，支持療法では8.87日，外来受診回数が認知行動療法では0.58回，支持療法では2.1回であった^{d)}。このように，精神療法を行うと，医療サービスのコストが軽減することが示されている。また，システマティックレビューの結果では，4件中3件の論文において精神療法には費用対効果があると報告されていた^{e)}。各国の医療制度などに違いがあるため，日本における費用対効果は改めて評価が必要であるが，再発恐怖に対する精神療法の介入はコストに対する効果は期待できるかもしれない。

②臨床適応性について

精神療法の実施にあたっては，精神療法の実施者の確保，精神療法を実施するうえでの診療報酬，エビデンスに基づく精神療法の訓練機会，精神療法の提供にあたって精神症状の総合的な評価を行う体制の必要性，患者の個別性に配慮した精神療法の選択などの課題がある。詳細は臨床疑問3の解説にある「5）実施に関わる検討事項」を参照のこと。

4) 関連する他のガイドラインにおける推奨

米国臨床腫瘍学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）の「成人がん患者における不安や抑うつ症状のマネージメントに関するガイドライン」^{f)}では、再発恐怖に関する推奨はない。欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology：ESMO）の「成人がん患者の不安や抑うつに関する臨床ガイドライン」^{g)}では、上述の Tauber らのメタアナリシスを引用し、精神療法の有用性を指摘している。米国 NCCN の「Distress Management ガイドライン」^{h)}では再発恐怖に関する推奨はない。

5) 実施に関わる検討事項

再発恐怖を経験しているがん患者の支援として精神療法を行うにあたり、うつ病や不安障害などの精神疾患を併存している可能性を念頭に置くことが重要である。必要に応じて精神症状の評価を行い、精神疾患を併存している可能性がある場合には、精神科医や心療内科医を紹介する。患者の個性や選好も考慮する。

6) 今後の研究可能性

がんの再発恐怖に対して精神療法が推奨されるが、異質性が高かったことから、今後、どのような精神療法が有効なのか検討が必要である。今後の研究の可能性を以下の4点にまとめた。

- ①心理士がオンラインで提供する精神療法や、スマートフォンアプリやリモート会議システムなどの情報通信技術を用いた精神療法は、対面での精神療法と同等の効果を示せるのかについての研究
- ②がんサバイバーのがん種や病期、再発リスクの高さ、精神疾患の併発の有無などの特性に合わせた精神療法の選択
- ③がんの再発恐怖の詳細、ならびに、精神療法を必要とする再発恐怖の特徴
- ④本臨床疑問で同定した研究が治療終了後のサバイバーを対象にした研究がほとんどであったことから、再発・進行がん患者を対象とした進行恐怖（fear of cancer progression：FoP）に関する研究

（竹内恵美，樺野香苗）

■ 文 献

- 1) Akechi T, Momino K, Katsuki F, et al. Brief collaborative care intervention to reduce perceived unmet needs in highly distressed breast cancer patients: randomized controlled trial. *Jpn J Clin Oncol* 2021; 51: 244-51
- 2) Dirkse D, Hadjistavropoulos HD, Alberts NA, et al. Making Internet-delivered cognitive behaviour therapy scalable for cancer survivors: a randomized non-inferiority trial of self-guided and technician-guided therapy. *J Cancer Surviv* 2020; 14: 211-25
- 3) Murphy MJ, Newby JM, Butow P, et al. Randomised controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy for clinical depression and/or anxiety in cancer survivors (iCanADAPT Early). *Psychooncology* 2020; 29: 76-85
- 4) van Helmond SJ, van der Lee ML, van Woezik RAM, et al. No effect of CBT-based online self-help training to reduce fear of cancer recurrence: First results of the CAREST multicenter randomized controlled trial. *Psychooncology* 2020; 29: 86-97
- 5) Burm R, Thewes B, Rodwell L, et al. Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors:

- follow-up of the SWORD randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2019; 19: 462
- 6) Tomei C, Lebel S, Maheu C, et al. Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Support Care Cancer* 2018; 26: 2751-62
 - 7) Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET, et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer* 2017; 123: 1424-33
 - 8) Merckaert I, Lewis F, Delevallez F, et al. Improving anxiety regulation in patients with breast cancer at the beginning of the survivorship period: a randomized clinical trial comparing the benefits of single-component and multiple-component group interventions. *Psychooncology* 2017; 26: 1147-54
 - 9) van de Wal M, Thewes B, Gielissen M, et al. Efficacy of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate, and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 2173-83
 - 10) van den Berg SW, Gielissen MF, Custers JA, et al. BREATH: web-based self-management for psychological adjustment after primary breast cancer—results of a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015; 33: 2763-71
 - 11) Humphris GM, Rogers SN. AFTER and beyond: cancer recurrence fears and a test of an intervention in oral and oropharyngeal patients. *Soc Sci Dent* 2012; 2: 29-38
 - 12) Ahmadiqaragezlou, N, Boogar IR, Asadi J, et al. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on fear of cancer recurrence in colorectal and breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Middle East Journal of Cancer* 2020; 11: 216-24
 - 13) Park S, Sato Y, Takita Y, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer—a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 381-9
 - 14) Russell L, Ugalde A, Orellana L, et al. A pilot randomised controlled trial of an online mindfulness-based program for people diagnosed with melanoma. *Support Care Cancer* 2019; 27: 2735-46
 - 15) Compen F, Bisseling E, Schellekens M, et al. Face-to-face and Internet-based Mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2018; 36: 2413-21
 - 16) Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. *Integr Cancer Ther* 2018; 17: 684-96
 - 17) Victorson D, Hankin V, Burns J, et al. Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial. *Psychooncology* 2017; 26: 1155-63
 - 18) Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, et al. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2016; 34: 2827-34
 - 19) Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer* 2015; 121: 1231-40
 - 20) Dodds SE, Pace TW, Bell ML, et al. Feasibility of Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors: a randomized, wait list controlled pilot study. *Support Care Cancer* 2015; 23: 3599-608
 - 21) Lengacher CA, Shelton MM, Reich RR, et al. Mindfulness based stress reduction (MBSR (BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *J Behav Med* 2014; 37: 185-95
 - 22) Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 1261-72
 - 23) Hasannezhad RM, Hosseini SH, Alizadeh-Navaei R, et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy management on self-differentiation and fear of disease progression in patients with breast cancer. *J Babol Univ Med Sci* 2020; 22: 110-8
 - 24) Johns SA, Stutz PV, Talib TL, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer* 2020; 126: 211-8
 - 25) Butow PN, Turner J, Gilchrist J, et al. Randomized trial of ConquerFear: a novel, theoretically based psychosocial intervention for fear of cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2017; 35: 4066-77
 - 26) Fang SY, Wang YL, Lu WH, et al. Long-term effectiveness of an E-based survivorship care plan for breast cancer survivors: A quasi-experimental study. *Patient Educ Couns* 2020; 103: 549-55
 - 27) Dieng M, Morton RL, Costa DSJ, et al. Benefits of a brief psychological intervention targeting fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another melanoma: 12-month follow-up results of a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2020; 182: 860-8
 - 28) Manne SL, Virtue SM, Ozga M, et al. A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecol Oncol*

- 2017; 144: 354-62
- 29) Otto AK, Szczesny EC, Soriano EC, et al. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2016; 35: 1320-8
 - 30) Dieng M, Butow PN, Costa DS, et al. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2016; 34: 4405-14
 - 31) Sterba KR, Armeson K, Franco R, et al. A pilot randomized controlled trial testing a minimal intervention to prepare breast cancer survivors for recovery. *Cancer Nurs* 2015; 38: E48-56
 - 32) Bannaasan B, Pothiban L, Khampolsiri T, et al. Effects of Buddhist doctrine-based practice on fear of cancer recurrence and hopelessness: a randomized controlled trial. *Pacific Rim international journal of nursing research* 2015; 19: 295-310
 - 33) Germino BB, Mishel MH, Crandell J, et al. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2013; 40: 82-92
 - 34) Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, et al. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2012; 43: 239-52
 - 35) Shields CG, Ziner KW, Bourff SA, et al. An intervention to improve communication between breast cancer survivors and their physicians. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 610-29
 - 36) Butow PN, Bell ML, Smith AB, et al. Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer* 2013; 13: 201

参考文献

- a) Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2016; 24: 3265-8
- b) Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2019; 37: 2899-915
- c) Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 300-22
- d) Sabariego C, Brach M, Herschbach P, et al. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *Eur J Health Econ* 2011; 12: 489-97
- e) Williams JTW, Pearce A, Smith A'. A systematic review of fear of cancer recurrence related health-care use and intervention cost-effectiveness. *Psychooncology* 2021; 30: 1185-95
- f) 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
- g) Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155
- h) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, Version 2. 2022 <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> (2024年5月20日閲覧)

【臨床疑問8】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法			結果
			介入	対照	再発恐怖アウトカム	
Akechi, et al. 2021 ¹⁾	ランダム化比較試験	- 手術後化学療法またはホルモン療法を受けている20歳以上の乳がん患者 - つらさと支障の寒暖計で基準値以上の者 59名	- 精神腫瘍医のスーパービジョンを受けた看護師による協働ケア (①ニーズアセスメント, ②問題解決療法, 行動活性化, ③情報提供, ④ケア調整) - 対面2回, 電話2回の合計4回 31名	- 通常ケア 28名	- CARS-JのOverall Worries - 評価時期: 1カ月後, 3カ月後	- CARS-JのOverall Worries: 1カ月後, 介入群のMean±SDは15.1±4.6, 対照群は16.2±5.6, $F=1.04$, $P=0.31$で有意な改善なし 3カ月後についても$F=0.01$, $P=0.94$で有意な改善なし
Dirkse, et al. 2020 ²⁾	ランダム化非劣性試験	18歳以上で, 治療から5年以内のがん患者 - GADが7点以上またはPHQ-9が8点以上 - カナダ在住でメディア・SNSなどを通じて募集 86名	- 自己主導のインターネットを介したCBT (5 session) - 毎週の自動励ましメールで進捗管理 8週間 44名	- セラピスト主導ICBT 8週間で5 session - 毎週電話で進捗管理 (治療的助言はなし) 42名	- FCRI-SFの合計点 - 評価時期: 介入 (8週) 後	FCRI-SR: 自己主導群とセラピスト主導群の群間差は効果量においてCohen's $\alpha=0.09$ (95%CI 0.08-0.11) で差なし。
Murphy, et al. 2020 ³⁾	ランダム化比較試験	- 診断から6週以上経過した18歳以上の早期がん患者 - HADS 6点以上 114名	- オンラインで実施するCBT+臨床家のスーパービジョン 16週8回 52名	- 通常ケア 61名	- FCRIの合計点 - 評価時期: 介入後, 3カ月後	介入後のFCRIの合計点は, 対照群と比較して介入群において有意に低く ($P=0.031$), 効果量はHedges' $g=0.39$ (95%CI 0.01-0.78)。
van Helmond, et al. 2020 ⁴⁾	多施設ランダム化比較試験	- 乳がんの診断後1~5年経過した女性 262名	- CBTに基づいたオンラインのセルフヘルプ介入 ①反すう, ②再発恐怖, ③リラクセーション, ④再保証に對して, テキスト, オーディオ, 音声ファイルにより学習する - 電子メールによるコーチングサポート 3カ月間利用可能 130名	- 通常ケア 132名	- FCRIの下位尺度の一つSeverity - 評価時期: 3カ月後, 9カ月後	FCRIのSeverity: 両群の傾向スコアに有意差なし ($P=0.63$)。

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Burm, et al. 2019 ⁵⁾	ランダム化比較試験	- 治療終了後6カ月から5年経過している乳がん、前立腺がん、大腸がん生存者 - Cancer Worry Scale 14点以上 ・88名	・3カ月間の混合CBT, 1時間の対面セッション×5回と15分のチャットセッション×3回 - 介入終了後3カ月の時点で1回の強化セッション・1時間 ・45名	- 標準ケア ・43名	再発恐怖アウトカム ・CWSの合計点 ・FCRIのSeverity ・評価時期：3カ月後, 9カ月後, 15カ月後 ・費用
Tomei, et al. 2018 ⁶⁾	Pilotランダム化比較試験	・ホルモン療法以外の治療が終了した、乳がん、婦人科がん、メラノーマ患者 ・18歳以上でStage IからIII期 ・FCRI_severity13点以上, IES 24点以上 ・25名	・認知療法＋心理教育：認知再構成, 行動活性化, 実存的問題(死の不安など)の話し合いなど ・60～120分/回のグループセッション ・11名	・通常ケア ・14名	再発恐怖アウトカム ・CWSの合計点 ・FCRIのSeverity ・評価時期：3カ月後, 9カ月後, 15カ月後 ・費用：介入群が6001€ (95%CI 4552-7664) に対し, 対照群が平均6165€ (95%CI 4657-7850) で介入群の方が少なかった ・FCRI：対照群と比較して介入群に有意な改善あり (P=0.049)
Lichtenthal, et al. 2017 ⁷⁾	Pilotランダム化比較試験	・18歳以上で, Stage 0～III期の乳がん女性 ・ホルモン治療以外の治療が終了し3カ月以上経過している ・CAPSのOverall Fear Indexの基準値が3点以上である ・110名	・認知バイアス, すなわち注意および解釈の修正を行う介入 ・介入は30分の個人セッションを8回(週に2回, 4週間)実施(1回はクリニックで, 残りは自宅で) ・注意を恐怖刺激から前向きで意味のある刺激に向けていくよう刺激の提示方法を工夫している ・74名	・刺激の提示方法に工夫が施されていない ・36名	CAPSのOverall worriesは, 介入群で平均(SD) 3.63 (1.21), 対照群で3.93 (1.28)であり, 有意な差はみられなかった(効果量g=0.39, P値不明) ・Healthは, 介入群で平均(SD)が2.07 (0.91), 対照群で2.394 (0.87)で, 有意な差には至らなかった (P<0.10)

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法			結果
			介入	対照	再発恐怖アウトカム	
Merckaert, et al. 2017 ⁽⁸⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上の乳がん患者 ・術後放射線治療から1か月以上経過していること ・170名	・認知行動療法と催眠療法を組み合わせた介入 ・複数構造グループ介入 ・120分を毎週15回実施(6か月) ・87名	・単一構造グループ介入：心理士が大学で習得したスキルを用いて実施 ・1回120分を毎週15回実施(6か月) ・83名	FCRIの各下位尺度： ・Severity ・Trigger ・Psychological distress ・Coping strategies ・Functioning impairment ・Insight ・Reassurance	・Severity：介入後、介入群において有意に改善 ($P<0.001$) ・Psychological distress：介入後、介入群において有意な改善あり ($P=0.002$) ・Functioning impairment：介入後、介入群において有意な改善あり ($P=0.002$) ・Trigger, Coping strategies, Insight, Reassurance：介入後、両群に有意な差なし
van de Wal, et al. 2017 ⁽⁹⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上の乳がん、前立腺がん、大腸がん患者 ・治療から6か月～5年経過している(乳がんのホルモン療法以外) ・CWS 14点以上 ・88名	・混合 CBT：自己調整モデルに基づく介入で、心理教育、認知再構成、行動修正を含む ・介入は3か月間で、1時間の対面セッション5回、15分のWebチャットセッション3回で構成(Webチャットが利用できない時は15分の電話コンサルテーション) ・45名	・通常ケア ・43名	・FCRIの合計点および各下位尺度の合計点 ・評価時期：3か月後	・介入後のFCRIの合計点の調整済平均点(SE)は、介入群で67.847 (2.637)、対照群で81.744 (2.715)であり、平均差が-13.896で、有意に介入群のFCRI値が改善していた ($P<0.01$, ES (Cohen's $d=0.55$))
van den Berg, et al. 2015 ⁽¹⁰⁾	ランダム化比較試験	・早期乳がん生存者 ・2～4か月前に治療が終了した ・151名	・医療者の接触のないWebベースのセルフマネジメント介入 (CBT, 情報提供, セルフアセスメントを4段階で実施) ・16週 ・70名	・標準ケア ・80名	・CWS合計点 ・評価時期：4か月後, 6か月後, 10か月後	・CWS：4か月後, 介入群の値は有意に改善 ($P<0.01$, Cohen's $d=0.32$)
Humphris, et al. 2012 ⁽¹¹⁾	ランダム化比較試験	・治療が終了した咽頭がん患者 ・90名	・訓練を受けた看護師による心理介入：自己調整モデルに基づいた認知行動療法、感情表出、リラクセーションで構成 ・週に1回を6週間 ・53名	・通常ケア ・34名	・WCS ・評価時期：3, 7, 11, 15か月後	・7か月と11か月間のWCSの変化は介入群において有意に改善 ($P=0.03$)

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Ahmadiqaragezlou, et al. 2020 ⁽²⁾	ランダム化比較試験	- 乳がんおよび大腸がん患者 65名	- MBSR - 毎週2時間×8回 30名	- 通常ケア 35名	再発恐怖の改善/悪化率 FCRIの下位尺度はInsightを除いて介入群で有意に改善 - Trigger : (F=55.28, P<0.01) - Severity : (F=75.78, P<0.01) - Psychological distress : (F=24.07, P<0.01) - Dysfunction : (F=62.02, P<0.01) - Coping strategies : (F=15.59, P<0.01) - Reassurance : (F=6.23, P=0.017) - Insight : (F=1.39, P=0.245)
Park, et al. 2020 ⁽³⁾	ランダム化比較試験	20~74歳の早期乳がん女性 - HADS 5点以上 74名	- MBCT 8週間のグループ療法で、1回2時間 38名	- 通常ケア 36名	8週後の介入群のCARS-JのOverall worriesは、対照群と比較して有意に改善し(P=0.033), 効果量はd=0.43
Russell, et al. 2019 ⁽⁴⁾	Pilotランダム化比較試験	18歳以上で、ステージIIまたはIII期のメタスタス性乳がん患者 5年以内に治療が終了している 69名	- オンラインのMBI(教育ビデオ、読書、日常生活におけるマインドフルネスの実践) 6週間 46名	- 通常ケア 23名	FCRI 合計：介入後、介入群と対照群に有意差なし(P=0.077) FCRI 下位尺度：Severityについては介入群の値が有意に改善(P=0.008)していたが、その他の下位尺度には有意差なし。
Compen, et al. 2018 ⁽⁵⁾	ランダム化比較試験	- 治療後のがん患者 - HADS 11点以上 245名	①グループMBCT, 週に1回2.5時間で8週実施(対面) ・77名 ②インターネットを介したMBCT ・90名	③通常ケア 78名	FCRIのSeverity：介入3カ月後、①のMBCT群は18.65±0.79(平均±SD), 対照群は20.53±0.84で、介入群が有意に改善(P=0.013, ES=0.27)。②のeMBCT群との比較では、eMBCT群は17.06±0.81, 対照群は20.53±0.8で、介入群が有意に改善(P<0.001, ES=0.51)

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Dodds, et al. 2015 ²⁰⁾	Pilot ランダム化比較試験	・18歳以上の乳がん患者で術後化学療法から10年以内 ・33名	・認知療法に基づいたコンパッショントレーニング ・毎週2時間のグループセッションを8回実施 ・16名	・通常ケア ・17名	・介入後の FCRI の Triggers, Severity, Functioning impairment, Insight については介入群と対照群に有意差なし。Psychological distress は, 介入群において有意な改善あり (P<0.05)
Lengacher, et al. 2014 ²¹⁾	ランダム化比較試験	・18カ月前に治療が終了した乳がん患者 ・84名	・MBSR ・6週間 ・40名	・標準ケア ・42名	・CARS の Overall worries と Problems ・評価時期: 6カ月後 ・CARS の Overall worries : 介入後, 介入群において有意に改善 (P=0.007) ・CARS の Problems : 介入後, 介入群の値に有意な改善あり (P=0.02)
Lengacher, et al. 2009 ²²⁾	ランダム化比較試験	・21歳以上の早期乳がん女性 ・84名	・MBSR ・毎週2時間のグループ療法を6回実施 ・41名	・通常ケア ・43名	・CARS の Overall worries と Problems の合計点 ・評価時期: 6週間後 ・CARS の Overall worries : 介入後, 対照群と比較して介入群は有意に再発恐怖が改善 (P=0.007) ・CARS の Problems : 介入後, 対照群と比較して介入群は有意に再発恐怖に伴う問題が改善 (P=0.01)
Hasan-zhad, et al. 2020 ²³⁾	ランダム化比較試験	・25~60歳の治療から5年以上経過した乳がん患者 ・30名	・ACT ・1回90分で8セッション実施 ・15名	・通常ケア ・15名	・FOP : 介入後, 対照群と比較して介入群の値が有意に低下 (P<0.05)
Johns, et al. 2020 ²⁴⁾	Pilot ランダム化比較試験	・18歳以上でホルモン療法以外の治療が終了している乳がん女性 ・FCRI-SF が13点以上 ・91名	①グループACT ・6週間, 1回2時間のセッション ・33名 ②心理教育 (グループ ・時間や頻度は介入群と同様) ・32名 ③標準ケア+小冊子 ・26名	・FCRI-SF の合計点 ・評価時期: 介入後, 1カ月後, 6カ月後	・FCRI-SF : 介入後とベースラインの変化量は①の介入群で-4.03(95%CI -5.57~-2.49), ②の心理教育群は-0.97(95%CI -2.57~-0.63), ③の待機群は-1.72(95%CI -3.54~-0.09) ②群に対して①群は有意に低下 (P<0.05) ③群に対する①群の変化は有意差なし

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Butow, et al. 2017 ⁽²⁵⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上の乳がん (Stage 0～Ⅲ期), 大腸がん (Stage A～C), メラノーマ (Stage I～ⅢA期)患者 ・治療終了後2カ月以上, 5年以内であること ・FCRIの下位尺度である Severity 得点が13点以上であること ・222名	・次世代認知療法 (メタ認知, ACT, マインドフルネスなどの理論に基づいた介入: 心配と過剰な脅威を監視することと制御する, 役に立たない信念を修正する, 適切なスクリーニング行動を用いる, 実存に関する問題を扱うなど) ・10週にわたり, 60～90分の対面式個人セッションを5回実施 ・121名	・注意訓練 (リラクゼーション) ・101名	・FCRI 42項目の合計点 ・評価時期: 直後, 3カ月後, 6カ月後 ・FCRI: 介入後, ベースラインからの変化は介入群で有意に低下していた (P<0.01)
Fang, et al. 2020 ⁽²⁶⁾	ランダム化比較試験	・20歳以上で乳がんの治療終了から5年以内の女性 ・202名	・オンラインのサバイバーシップケア計画 ・アプリ ・ニーズの明確化, 心理教育 ・5週間 ・109名	・通常ケア+小冊子 ・93名	・ASC: 介入群は対照群と比較してベースラインより有意な改善あり (P=0.021)
Dieng, et al. 2020 ⁽²⁷⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上のメラノーマ経験者 (0～Ⅱ期の早期がん患者と遠伝変異を伴う前駆病変のある患者) ・164名	・心理教育+ブックレット (3種類) ・心理士による個人セッション (15～90分) × 3回 (電話) ・80名	・ブックレット (介入群と同じもの1種類) ・84名	・FCRI severity: 介入群と対照群の平均値差は-1.41 (95%CI-2.6～-0.2) であり介入群の値が有意に低下 (P=0.02) ・FCRI trigger: 両群の平均値差は-1.32 (95%CI-2.6～-0.02) であり介入群が有意に低下 (P=0.04)

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Manne, et al. 2017 ²⁸⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上の婦人科がん患者 ・診断を受けて6カ月以内であること ・KarnofskyのPS 80以上または ECOGのPS 2未満であること ・234名	① コーピングとコミュニケーション介入：対処および支援要請スキルの強化、生活における優先順位の評価と修正、がんに対する感情的な反応と対処などの心理教育的介入 ・毎週1時間×7回の個人セッションと1回の電話によるブースターセッション ・118名 ② カウンセリング介入：感情表現を促し、感情的反応を理解し、自尊心を高めることによって適応を促す ・118名	ソーシャルワーカーによる標準ケア ・116名	再発恐怖アウトカム ・CARSのOverall worries ・評価時期：9週間、6カ月、12カ月、18カ月後 6カ月後のCARSのOverall worriesの平均(SE)は、介入①群で21.70 (1.54)、介入②群で24.34 (1.54)、対照群で23.41 (1.55)だった。ANCOVAの結果、時間による効果は有意だったが ($P<0.05$)、群別の効果はみられなかった
Otto, et al. 2016 ²⁹⁾	ランダム化比較試験	・ステージ0～ⅢA期の乳がん患者 ・76名	・簡便版グラディエーション (自分が選んだ人に感謝の気持ちを表す手紙を書く) ・6週間 ・34名	・オンライン介入 (過去数週間に行った最大20の活動をリストアップし、簡潔に説明する) ・33名	・CARS Overall worries：両群に有意な差なし ・CARSのDeath worries：介入群ではDeath worriesが有意に減少 ($P=0.015$)

(つづく)

【臨床疑問 8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Dieng, et al. 2016 ³⁰⁾	ランダム化比較試験	・18歳以上のメラノーマ患者 ・ステージ0～Ⅱ期で、再発リスクのある患者用のクリニックに通院している ・164名	・心理教育：小冊子と電話（3回）による ・1カ月間 ・80名	・通常ケア ・84名	再発恐怖の改善/悪化率 ・FCRIのSeverity：ベースラインの値を調整した両群の平均値差は-1.9（95%CI-3.1～-0.7）であり、介入群において有意に改善（P=0.002） ・FCRIのTriggers：ベースラインの値を調整した両群の平均値差は-2.0（95%CI-3.3～-0.7）であり、介入群において有意に改善（P=0.003） ・FCRIのDistress：ベースラインの値を調整した両群の平均値差は-0.7（95%CI-1.2～-0.1）であり、介入群において有意に改善（P=0.03） ・FCRIのCoping strategies, Functioning, Insight, Assuranceについては両群に有意な差なし
Sterba, et al. 2015 ³¹⁾	Pilotランダム化比較試験	・ステージⅠ～Ⅲ期にある乳がん女性 ・90名	・心理教育：対面式のビデオセッションと郵送教材による ・3週間 ・44名	・通常ケア ・46名	・介入後のASCは両群において有意差なし（P=0.31）
Bamaasan, et al. 2015 ³²⁾	ランダム化比較試験	・がん診断後1～3年経過し、治療が終了している乳がん女性 ・25～70歳で自称仏教徒 ・76名	・仏教をベースにしたプログラム：グループでの話し合い、行動計画、心理教育で構成 ・9日間 ・29名	・通常ケア ・31名	・介入後のCARSのOverallは両群に有意差なし（P=0.082）
Germينو, et al. 2013 ³³⁾	ランダム化比較試験	・女性乳がん患者 ・313名	・不確実性のマネージメントプログラム（がんに関連する心配事への対処方法と乳がんの副作用に関連する不確実性に対処する方法への介入） ・CDや小冊子、書籍、Webサイトなどにより構成 ・167名	・大学院生による電話相談 ・20分×4回 ・146名	・CARSは、介入後、両群に有意な差なし（P=0.08）

(つづく)

【臨床疑問8】 つづき

著者	研究デザイン	対象	方法		結果
			介入	対照	
Heinrichs, et al. 2012 ³⁴⁾	ランダム化比較試験	- 乳がん・婦人科がんの女性とそのパートナー ・90名	- 関係性スキルプログラム ・120分×4回2週ごと(在宅で治療者と対面) ・45名	- がんと治療に関する心理教育および共感的関わり ・2h×1回 ・45名	- 再発恐怖アウトカム ・FoP-Q ・評価時期：6カ月後、12カ月後 ・介入後のFoP-Qは、介入群で対照群よりも有意に改善 (P=0.005)
Shields, et al. 2010 ³⁵⁾	pilot ランダム化比較試験	・診断時の年齢が18～45歳の乳がん女性 ・アントラサイクリン系抗がん剤またはCMF治療を受けた経験がある ・45名	・訓練を受けたがん看護師によるがん腫瘍医に悩みや心配事を伝えるコミュニケーション(質問促進シートと電話カウンセリング) ・主治医の診察前1週間に1回介入を実施 (20～45分)。 ・23名	・通常ケア ・22名	・CARSのProblemsの下位尺度(健康、女性らしさ、役割、死) ・評価時期：介入後、1週間後、2カ月後 ・1週間後、健康に対する心配、女性らしさに対する心配、役割に対する心配、死に対する心配において、介入群と対照群に有意差なし

ACT : Acceptance and Commitment Therapy, ASC : Assessment of Survivors Concerns, CARS : Concerns about Recurrence Scale, CBCT : Cognitively Based Compassion Training, CBT : Cognitive Behavioral Therapy, CWS : Cancer Worry Scale, FCRI : Fear of Cancer Recurrence Inventory, FoP-Q : Fear of Progression Questionnaire, GAD : Generalized Anxiety Disorder, HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, IES : Impact of Event Scale, IUS : Intolerance of Uncertainty Short Form, MBCT : Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBI : Mindfulness-based Intervention, MBSR : Mindfulness-based Stress Reduction, PHQ : Patient Health Questionnaire, QLACS : Quality of Life in Adult Cancer Survivors, WCS : Worry of Cancer Scale

臨床疑問（背景疑問）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？

▶回答

精神療法（心理療法、サイコセラピー）以外に再発恐怖を軽減させる介入方法として報告があったのは運動プログラムの研究1件のみであった。有効な介入方法については今後さらなる研究が必要であると考えられる。

●採用文献の概要

文献検索を実行するにあたり、検索キーワードに、「がん」と「再発恐怖」に加え、介入方法として、薬物療法、協働的ケア、早期緩和ケア、ピアサポートを加えた。これらのキーワードは臨床疑問1, 2, 4, 5, 7を参考にした。検索により702件の文献が抽出され、スクリーニングの結果、3件の文献が該当した。

1件は、高齢の乳がん患者に対してマインドフルネスをベースにした体を動かすプログラムを行った研究であった¹⁾。介入はマインドフルネスの技法を取り入れ、音楽に合わせて自由に体を動かすことを主とし、毎週2時間のセッションを12回実施した。12週間後、対照群に比べて介入群の再発恐怖が軽減し、その効果は18週間後にも継続した。

残りの2件は、がん治療後のフォローアップ受診の回数を減らすことで、再発恐怖が増悪しないかを検証した非劣性試験であった。1つはオランダからの報告で²⁾、ステージIB～IIのメラノーマ患者180名を対象にした研究で、1年目のフォローアップ回数を年4回実施する従来のグループと年1～3回実施する実験グループを比較した。その結果、Cancer Worry Scaleの得点はグループ間による違いは示されず、時間経過による効果が示された($P < 0.001$)。このことから、フォローアップの回数を減らしても、従来の回数と同様に時間経過により再発恐怖は軽減することが示唆された。2つ目のイギリスでの研究³⁾は、乳がんの診断から2年経過し治療が終了した乳がん患者214名を対象に行われたランダム化比較試験である。介入群は、フォローアップの定期診察をすべて取り消して、患者が必要な時に看護師にいつでも相談できる介入を行った。対照群は、毎月の定期診察を6回行った。その結果、介入群と対照群で18カ月後の再発恐怖の平均値に有意な差はみられなかった(調整済み平均値差0.5 [95%信頼区間-0.3, 1.0], $P = 0.066$)。

●解説

再発恐怖に対する介入は精神療法以外にはほとんどみつからず、唯一、再発恐怖の軽減を目的とした介入はマインドフルネスをベースにした体を動かすプログラムであった。それ以外にみつかった介入研究は非劣性試験とみられる研究であり、がん治療のフォローアップ受診回数を減らしても通常の回数と比べて再発恐怖は悪化しないという研究であった。2件のうちの1件の研究では、受診をなくすと同時に、患者がいつでも相談できる窓口を開設して、診察の代わりとなるサービスを提供していた。フォローアップの受診回数や提供形態を変え

でも再発恐怖は悪化しないという結果ではあるが、結論に至るには根拠が少なく更なる研究が必要である。

(竹内恵美, 樫野香苗)

■ 文 献

- 1) Crane-Okada R, Kiger H, Sugerman F, et al. Mindful movement program for older breast cancer survivors: a pilot study. *Cancer Nurs* 2012; 35: E1-13
- 2) Damude S, Hoekstra-Weebers JE, Francken AB, et al. The MELFO-Study: prospective, randomized, clinical trial for the evaluation of a stage-adjusted reduced follow-up schedule in cutaneous melanoma patients-results after 1 year. *Ann Surg Oncol* 2016; 23: 2762-71
- 3) Sheppard C, Higgins B, Wise M, et al. Breast cancer follow up: a randomised controlled trial comparing point of need access versus routine 6-monthly clinical review. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13: 2-8

【臨床疑問（背景疑問）9】文献の概要

著者	研究デザイン	対象	方法			結果	
			介入	対照	再発恐怖アウトカム	再発恐怖	その他
Crane-Okada, et al. 2012 ¹⁾	ランダム化比較試験	・治療後12カ月後以上経過している50歳以上の乳がん女性 ・49名	・1回2時間で12週間のMindfulness Movement Program (30名) (解析対象29名) (マインドフルネスと運動療法) ・ガイドラインよりも27%フォローアップ頻度を減らす介入(1年間に1〜3回の受診) ・87名	19名 ・従来のガイドラインのフォローアップ頻度(1年間に4回の受診) ・93名	FRQ22項目の合計点	12週後のFRQの平均値は介入群で有意に低下 (P=0.02)	
Damude, et al. 2016 ²⁾	ランダム化比較試験	・Stage I B〜II期の18〜85歳のメラノーマ患者 ・180名	・ニーズに合わせて予約をとりGPと専門看護師により情報提供する群 ・107名	・通常のフォローアップ(6カ月に1回) ・107名	CWSの3項目(3〜12点)	1年後のCWSの平均値は介入群で有意に低下 (P<0.001)	1年間の病院のコストは、対照群と比較して介入群で45%減少した
Sheppard, et al. 2009 ³⁾	ランダム化比較試験	・診断2年以上経過しホルモン治療以外の治療が終了している乳がん患者(ホルモン治療のみの患者は除外) ・214名			再発恐怖に関する3項目の質問(頻度、重症度、予期)の合計点	18カ月後の再発恐怖の調整済み平均値は介入群で5.6、対照群で5.0であった。調整済み平均値差は0.5 (95%CI -0.3-1.0), P=0.066と有意差はみられなかった	

CWS : Cancer Worry Scale, FRQ : Fear or Recurrence Questionnaire-22



IV章

ガイドライン作成過程と 今後の課題

1

本ガイドラインの作成過程

1 概要

本ガイドラインは、日本サイコオンコロジー学会ガイドライン策定委員会が、日本がんサポーターシップケア学会と協働して、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 および 2020 に従って作成した。

はじめに、気持ちのつらさの小委員会（以下、小委員会）を組織した。小委員会は、医師・看護師・心理士・薬剤師・当事者（患者団体代表者）・一般市民により構成した。精神・心理領域の専門家（例：精神科医、心理士）と非専門家（例：腫瘍内科医、緩和ケア医、精神心理を専門としない看護師）の両方を含めた。小委員会においてガイドラインの全容と臨床疑問案を検討し、SCOPE を作成した。作成した SCOPE について、外部評価委員（腫瘍内科医 1 名、看護師 1 名、患者団体代表者 1 名）の評価を受け、その結果を踏まえて最終版を作成した。

採用された臨床疑問ごとに 2 名以上の担当者を割り当て、各担当者が独立してシステマティックレビューを行うとともに、推奨文および推奨の強さ、エビデンスの確実性（強さ）、解説文の草案を作成した。作成された草案について小委員会で検討し、原案を作成した。原案について関連学会および患者団体の代表者が、インターネットアンケートシステムを用いた修正デルファイ法に従って討議を行い、最終案を作成した。

ガイドライン全体の原稿が揃った時点で、外部評価委員に評価を依頼し、その結果を踏まえてガイドラインの最終版を確定した。

2 臨床疑問の設定

「I 章 はじめに」で示した「ガイドライン作成の経緯と目的」および「ガイドライン使用上の注意」に記述した内容に沿うように、「診療ガイドラインがカバーする内容に関する事項」「システマティックレビューに関する事項」「推奨作成から最終化、公開までに関する事項」からなる SCOPE をあらかじめ作成し、6 つの重要臨床課題（薬物療法、精神療法、多職種介入、介護者支援、ピアサポート、がん再発恐怖への介入）に沿った 9 件の臨床疑問を定めた（表 1）。「がん再発恐怖への介入」以外の重要臨床課題においては、「閾値以上の気持ちのつらさ」を対象とした。「閾値以上の気持ちのつらさ」とは、精神心理的苦痛に関する評価基準または評価尺度において一定の基準を満たす状態を指す。重要臨床課題 4（介護者支援）については、システマティックレビューの過程で、患者と介護者の双方を対象とした介入（臨床疑問 6-1）と、介護者のみを対象とした介入（臨床疑問 6-2）とに大別されることが判明し、2 つの臨床疑問に分けてエビデンスの評価を行い、推奨文を作成することとした。また、臨床疑問 9「がん再発恐怖への精神療法以外の介入」は背景疑問として扱うこととした。

表 1 重要臨床課題と臨床疑問

重要臨床課題 1 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？

重要臨床課題 2 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？

重要臨床課題 3 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？

重要臨床課題 4 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？

臨床疑問 6-1: 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、がん患者と介護者の双方に対する心理社会的介入は推奨されるか？

臨床疑問 6-2: 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、気持ちのつらさの軽減を目的として、介護者のみに対する心理社会的介入は推奨されるか？

重要臨床課題 5 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？

重要臨床課題 6 がん再発恐怖への介入

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？

3 システマティックレビュー

医学図書館員に依頼し、臨床疑問ごとに文献検索を行った。文献の検索は、PubMed、Cochrane Library の Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) と Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)、APA PsycInfo、医中誌 Web を用いて行い、臨床疑問に合わせた検索式から抽出された 2020 年 12 月 31 日までのすべての論文を対象とした。このようにしてデータベースから収集された文献に加え、ハンドサーチによって得られた関連文献も適宜包含した。

なお臨床疑問 5 と臨床疑問 8 においては当該臨床疑問と合致する既存のシステマティックレビューが同定されたため、その情報を活用するとともに、既存のシステマティックレビューのアップデート検索を実施した（臨床疑問 5 では Cochrane と PubMed のみを検索）。また臨床疑問 8 においては、医中誌も追加検索した。

各文献の評価は、一次スクリーニング、二次スクリーニング共に 2 名の担当者が独立して行い、2 名の意見が不一致であった場合は協議により決定した。一次スクリーニングでは、文献のタイトルおよび抄録から、表 2 の条件に基づいて文献を選択した。二次スクリーニングでは、一次スクリーニングで選択された文献の全文を取り寄せて内容を精査し、各臨床疑

表2 各臨床疑問の一次スクリーニングの条件

全臨床疑問共通	18歳以上のがん患者 システマティックレビュー、メタアナリシス、ランダム化比較試験
臨床疑問1	共通基準＋気持ちのつらさ（distress、抑うつ、不安）＋抗不安薬に関する研究
臨床疑問2	共通基準＋気持ちのつらさ＋抗うつ薬に関する研究
臨床疑問3	共通基準＋気持ちのつらさ＋精神療法に関する研究
臨床疑問4	共通基準＋気持ちのつらさ＋協働的ケアに関する研究
臨床疑問5	共通基準＋気持ちのつらさ＋早期からの緩和ケアに関する研究
臨床疑問6	共通基準＋気持ちのつらさ＋介護者介入に関する研究
臨床疑問7	共通基準＋気持ちのつらさ＋ピアサポートに関する研究
臨床疑問8	共通基準＋がん再発恐怖＋精神療法に関する研究
臨床疑問9	共通基準＋がん再発恐怖＋{抗不安薬、抗うつ薬、協働的ケア、早期緩和ケア、 介護者支援、ピアサポート、のいずれか}に関する研究

表3 各臨床疑問の二次スクリーニングの基準

全臨床疑問 共通	D：研究デザイン A システマティックレビュー、メタアナリシス、ランダム化比較試験 B 情報不足 C 妥当ではない P1：18歳以上のがん患者であること A1 妥当 A2 がん・非がん混在の場合、がん患者が80%以上 A3 年齢混在の場合、18歳以上が80%以上 B 情報不足 C 妥当ではない I：臨床疑問ごとに決定 C：対照群（ランダム化比較試験の場合） A1 Placebo、通常治療（TAU）、待機リスト A2 Active placebo（パンフレット配布など、実効果を期待しない対照群） B 情報不足 C 妥当ではない（他の active な介入） O：診断・重症度評価 A1 信頼性・妥当性の確立した方法で診断・重症度評価 A2 Clinical Global Impression scale などにより、全般的評価が行われている B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 1～7 共通	P2：閾値以上の気持ちのつらさを有する A1 うつ病 and/or 不安障害 and/or 適応障害の診断基準を満たす（DSM、ICD、臨床診断） A2 {distress and/or 抑うつ and/or 不安} の評価尺度を用いて一定の閾値以上の群を対象にしている A3 {distress and/or 抑うつ and/or 不安 の評価尺度} の閾値を用いていないが、アウトカムに用いている B 情報不足 C 妥当でない
臨床疑問 8～9 共通	P2：再発恐怖を有する A1 再発恐怖の尺度にて一定の閾値以上の者 A2 対象選択に再発恐怖の尺度は用いないが、アウトカムに用いている B 情報不足 C 妥当ではない

(つづく)

表3 つづき

臨床疑問 1	I: 抗不安薬 A 抗不安薬 B 情報不足 C 妥当ではない: 多剤併用など
臨床疑問 2	I: 抗うつ薬 A 抗うつ薬 B 情報不足 C 妥当ではない: 多剤併用など
臨床疑問 3	I: 精神療法 A 精神療法 B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 4	I: 協働的ケア A 協働的ケア B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 5	I: 早期からの緩和ケア A 早期からの専門的緩和ケア B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 6	I: 家族・介護者への介入 A 家族・介護者への介入 B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 7	I: ピアサポート A ピアサポート B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 8	I: 精神療法 A 精神療法 B 情報不足 C 妥当ではない
臨床疑問 9	I: {抗不安薬, 抗うつ薬, 協働的ケア, 早期緩和ケア, 家族・介護者への介入, ピアサポート, のいずれか} A 上記 B 情報不足 C 妥当ではない

問の二次スクリーニングの基準に沿って、PICO〔P: 患者 (Patient), I: 介入 (Intervention), C: 比較対象 (Control), O: 結果 (Outcome)〕の項目ごとに A, B, C 評価を行い、採用を判断した (表 3)。臨床疑問 1~7 においては、閾値以上の気持ちのつらさを有する患者 (P2) を対象とし、はじめに、一定の診断基準を満たす (A1)、または、評価尺度にて一定の閾値以上の群を対象にしている (A2) 研究を検索したが、それらの文献がないまたは極めて少ない場合は、気持ちのつらさの閾値を設定しない研究 (A3) も収集し、推奨を作成する際の参考にした。

個々の採用文献は、エビデンスの評価として、アウトカムごとにバイアスリスク (選択バイアス, 実行バイアス, 検出バイアス, 症例減少バイアス, 選択的アウトカム報告, 早期試験中止など) と非直接性について、エビデンスの確実性 (質) を判定し、介入の効果を含めエビデンス総体を作成した。非直接性は、P・I の A・B・C 評価をもとに評価を行った。

4 妥当性の検証

各臨床疑問の担当者が、システマティックレビューの結果に基づいて、益と害のバランス、患者の価値観・希望、コスト、臨床適応性を考慮した Evidence to Decision (EtD) フレームワークを用いて、推奨文の草案を作成した。作成された草案について小委員会で検討し、原案を作成した。臨床疑問 9 は背景疑問として扱ったため、推奨の強さ、および、エビデンスの確実性 (強さ) は評価しなかった。

原案の妥当性について、関連団体 (がん相談支援センター相談員研修家パネル, 全国がん患者団体連合会, 日本うつ病学会, 日本癌学会, 日本がん看護学会, 日本がんサポーター

ケア学会，日本緩和医療学会，日本緩和医療薬学会，日本癌治療学会，日本心療内科学会，日本心身医学会，日本心理臨床学会，日本心理学会，日本精神神経学会，日本総合病院精神医学会，日本プライマリ・ケア連合学会，日本臨床腫瘍学会，日本臨床腫瘍薬学会）の代表者によりデルファイ法による合意形成を行った。

デルファイ法はインターネットアンケートシステムを用いて行い，推奨文，推奨の強さ，エビデンスの確実性（強さ）の適切性についてそれぞれ9段階（9：最も適切～1：最も不適切）で評価するとともに，それぞれおよび，解説文の適切性について自由記載によるコメントを依頼した。評価は記名にて実施したが，評価について協議する際には匿名化した。また，あらかじめ，各項目について「中央値8以上，かつ，最大値と最小値の差が5以下であること」を議論の収束とする基準を設けた。

1回目のデルファイ法の結果，臨床疑問2，3，4，7，8については，推奨文，推奨の強さ，エビデンスの確実性（強さ）のすべてにおいて収束基準を満たした。しかし臨床疑問1，5，6-1については推奨文，6-2については推奨の強さについて，収束基準を満たさなかった。収束基準を満たさなかった項目について，小委員会とデルファイ委員の合同会議にて評価結果を示しながら議論を行った。その議論をもとに改訂案を作成し，2回目のデルファイ法を実施した。2回目のデルファイ法で，臨床疑問1は収束基準を満たした。臨床疑問5，6-1，6-2については，1回目よりも評価の平均値・中央値が向上し，中央値8以上の収束基準を満たしたが，1名の委員の評価が4を下回り，「最大値と最小値の差が5以下」の基準を満たさなかった。指摘の趣旨は，「閾値以上の気持ちのつらさを有する患者を対象とした直接的エビデンスがない以上，『推奨なし』とすべき」という意見であった。この点について小委員会でも再び協議を行い，臨床場面の決断への支障を最小限にするために，「推奨なし」を極力回避する方針を再確認した。再度，小委員会とデルファイ委員の合同会議を開催し，意見が一致しなかった委員の見解を解説文に掲載する形として，最終案をまとめた。

ガイドライン全体の原稿が揃った時点で，外部評価委員に再度評価を依頼し，その結果を踏まえて，ガイドラインの最終版として確定した。

5 日本サイコオンコロジー学会，日本がんサポーターシップケア学会の承認

ガイドラインの最終版は，日本サイコオンコロジー学会，日本がんサポーターシップケア学会の両理事会にて回覧され，出版の承認を得た。

（藤澤大介）

2

今後の検討課題

以下の項目については、次回の改訂の際に再検討することとした。エビデンスが十分ではない臨床疑問については、エビデンスとなる臨床研究が推進されることを期待する。

1 今回の版で対応しなかったこと

- ・ダイジェスト版など、より簡便な普及のためのツール作成
- ・患者・家族を対象としたガイドラインの説明用ツールの作成

2 総論などで取り扱うことを検討する必要があること

- ・効果的なスクリーニングのあり方
- ・がん治療に関連する精神・心理症状への対応（例：ホルモン療法に伴うもの、更年期症状に伴うもの）
- ・がん種、治療種などに応じた配慮や推奨

3 臨床疑問や推奨について、今後さらに検討が必要なこと

1) 全般的事項（全介入に共通する事項）

- ・「閾値以上」に限定しない気持ちのつらさに対する推奨
- ・閾値以上の気持ちのつらさの予防に関する推奨
- ・患者背景（がん種、病期、治療段階、治療種など）に応じた推奨
- ・小児、若年者（18歳未満）を対象とした推奨
- ・うつ病・不安障害以外の精神障害への推奨（例：ストレス関連障害）
- ・気持ちのつらさの重症度による介入法の使い分け
- ・それぞれの介入の費用対効果
- ・それぞれの介入の有効性に関連する因子の検討〔患者背景、がんの臨床背景、気持ちのつらさの重症度、個人要因（好みや治療意欲など）など〕
- ・それぞれの介入の普及と実装
- ・対面介入と情報通信技術を用いた介入（オンライン、アプリなど）の比較

2) 薬物療法

- ・抗うつ薬・抗不安薬のがん患者のQOLに対する効果
- ・抗うつ薬・抗不安薬以外の向精神薬に関する推奨（例：非定型抗精神病薬、睡眠薬）

- ・がん患者における抗不安薬・抗うつ薬の忍容性

3) 精神療法（心理療法、サイコセラピー）

- ・がん患者における精神療法の有害事象と忍容性

4) 協働的ケア

- ・わが国で実装可能かつ効果的な協働的ケアのモデル

5) 診断早期からの緩和ケア

- ・早期からの緩和ケアに関する国際標準（例：英国 Medical Research Council による複合的介入に関するガイダンス）に則ったわが国における普及・実装

6) 介護者に対する心理社会的介入

- ・最適なアウトカムの検討（例：関係性の向上）
- ・介護者に関連するアウトカムと気持ちのつらさの改善との関連の検証

7) ピアサポート

- ・介入を提供するピア自身のニーズや課題に関する研究
- ・効果的なピアの養成に関するプログラムに関する研究
- ・ピアに対するサポートに関する研究
- ・気持ちのつらさ以外のニーズ（例：参加者の満足度）に関するアウトカム評価

8) がん再発恐怖

- ・精神療法を必要とする再発恐怖の特徴
- ・がんサバイバーのがん種，病期，再発リスクの高さ，精神疾患の併発の有無などの特性に合わせた介入の選択
- ・再発・進行がん患者を対象としたがん進行恐怖（fear of cancer progression：FoP）

4

新たな臨床疑問に設定することが望ましいテーマ

- ・精神・心理の非専門家でも精神医学的評価を容易に行える診断法やツール
- ・心理教育
- ・運動療法
- ・セルフマネジメント
- ・情報通信技術を用いた介入

（藤澤大介）

和文索引

● 数字

- 1 質問法 74
- 2 質問法 74

● あ

- アウトカム 213
- アカシジア 80, 107, 134
- アクセプタンス & コミットメント・セラピー
154, 159, 231, 301
- アザピロン系抗不安薬 128
- アリピプラゾール 133
- アルコール依存症 26, 29
- アルコール関連問題 26
- アルコール使用障害 28
- アルコール離脱 81
- アルプラゾラム 128, 215
- 安楽死 55, 93

● い

- 怒り 52
- 閾値以上の気持ちのつらさ 97, 212
- 遺伝カウンセリング 56
- 遺伝子診断 56
- 遺伝性腫瘍 56
- 医療者のケア 205
- 医療倫理 114
- インターネット 172, 231

● う

- うつ病 16, 78, 116, 221
 - , がん患者 24
 - , 二次的 25
- ウルトラ・ショート・スクリーニング尺度 76
- 運動 191

● え

- エシタロプラム 123
- エスゾピクロン 131
- エチゾラム 128
- エビデンスの確実性 7

● お

- オランザピン 133
- オレキシン受容体拮抗薬 131

● か

- 介護者 182, 268
- 回想法 163
- 改訂版エドモントン症状評価システム 76
- 化学療法 51
- 家族 67, 108, 182, 268
- 家族介入 182
- がん患者指導管理料 201, 203
- 看護師 201
- がんサバイバーシップガイドライン 191
- 患者会 185
- がん診断告知 52
- がん診療連携拠点病院 11, 206
- がん対策基本法 206
- がん対策推進基本計画 206
- がんとの共生 105
- がんの診断 50
- カンファレンス 209
- 鑑別診断 106
- 緩和ケア 55, 177, 254
- 緩和ケアチーム 200, 207

● き

- 希死念慮 43, 55
- 気持ちのつらさ 13
 - , 疫学 37
 - , 鑑別診断 106
- 協働的ケア 175, 246
- 強迫性障害 18, 33
- 恐怖 17

● く

- クエチアピン 133
- クロチアゼパム 128

● け

- 経済的問題 105

軽症うつ病 116

傾聴 143

軽度認知障害 33, 80

ケミカル・コーピング 89

ケモブレイン 81

倦怠感 86, 108

こ

抗うつ薬 116, 122, 221

抗がん治療中止 54

抗精神病薬 133

向精神薬 115, 118

行動活性化療法 152, 231

公認心理師 203

抗ヒスタミン薬 215

抗不安薬 127, 214

高齢者 65

コーピング 47

呼吸法 140

告知 52

コミュニケーション 101

コンサルテーション十戒 199

実存的問題 106

社会的問題 105

社交不安障害 18

集団精神療法 158

終末期 54, 149

手術 51

受容 52

食欲不振 86

自律訓練法 141

鍼灸 195

神経認知障害群 33, 80

進行期 53

心身症 87

心身相関 87

人生の意味に焦点を当てた精神療法 168, 233

身体活動 191

身体症状症 87

心的外傷後ストレス障害 18, 33

心理士 203

心理的適応 47

心理モデル 46

心理療法 4, 136, 230, 301

さ

サイコオンコロジー 2

サイコセラピー 4, 136, 230, 301

再発・根治不能 52

再発恐怖 21, 40, 173, 301, 317

サポートグループ 185

三環系抗うつ薬 126

し

ジアゼパム 128

自己記入式評価尺度 70, 75

自殺 27, 42, 66, 93

自殺企図 55

自殺対策 208

支持・感情表出型グループ療法 231

支持的精神療法 142, 231

支持的なコミュニケーション 97, 101

思春期 60

自傷行為 43

システムティックレビュー 323

実存的苦痛 35, 55

す

錐体外路症状 134

髄膜転移/播種 82

睡眠衛生指導 116

睡眠障害 20

睡眠薬 130

スクリーニング 11, 71, 97

ストレス 18

スピリチュアルな問題 106

スピリチュアルペイン 35, 55, 85

スボレキサント 131

せ

静座不能症 →アカシジア参照

正常範囲の心理反応 16

精神医学的診断 15

精神科リエゾンチーム 200

精神腫瘍学 2

精神病状態 83

精神分析的精神療法 147

精神力動的精神療法 147, 231

精神療法 4, 136, 230, 301
 生物-心理-社会モデル 46
 セルトラリン 123
 セルフガイド 193
 セルフヘルプ 193
 セルフマネージメント 193
 セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 123
 セロトニン再取り込み阻害・セロトニン受容体調節薬 126
 全人的アセスメント 104
 漸進的筋弛緩法 140
 全人的苦痛 35, 46
 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 123
 全般性不安障害 18, 79
 全般的心理的苦痛 15
 全般的な気持ちのつらさ 15
 せん妄 33, 79

● そ

早期からの緩和ケア 177, 254
 双極性障害 32
 ゾピクロン 131
 ゾルピデム 131
 尊厳 160

● た

大うつ病性障害 16
 多量飲酒 26
 段階的ケア 139
 タンドスピロン 128

● ち

チーム医療 198
 治療と職業生活の両立支援 105

● つ

つらさと支障の寒暖計 76
 つらさの寒暖計 76

● て

ディグニティセラピー 160, 233
 定型抗精神病薬 135
 適応障害 18, 116

デュロキセチン 123

● と

統合失調症 32, 83
 トータルペイン 35, 46
 トラゾドン 126

● に

ニーズ 98
 認知機能障害 33, 80
 認知行動療法 150, 158, 173, 230, 301
 認知症 33, 80

● の

脳転移 82
 ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 126

● は

パーソナリティ 47
 パーソナリティ障害 34, 83
 発達障害 82, 95
 パニック障害 18, 79
 パロキセチン 123, 222

● ひ

ピアサポーター 187
 ピアサポート 184, 287
 非定型抗精神病薬 133, 135
 ヒドロキシジン 130, 215
 否認 50, 52, 53, 148
 病院管理者 206
 病院組織 206

● ふ

不安 17
 不安障害 17, 79, 221
 不眠 20
 ブリーフインターベンション 30
 フルボキサミン 123
 ブレクスピプラゾール 134

● へ

閉所恐怖症 79

ベンゾジアゼピン系抗不安薬 116, 214
 ベンゾジアゼピン系薬離脱 82
 ベンゾジアゼピン受容体作動薬 127, 128, 131
 ベンラファキシン 123

● ほ

防衛機制 50, 52
 包括的アセスメント 104
 放射線治療 51
 補完代替療法 195
 ポジティブ精神療法 231
 ボルチオキセチン 126

● ま

マインドフルネス 156, 301, 317
 マインドフルネス・ストレス低減法 157, 158
 マインドフルネスに基づく精神療法 230
 マインドフルネス認知療法 157, 158

● み

ミアンセリン 126, 221
 見立て 83
 ミルタザピン 126
 ミルナシブラン 123

● め

メラトニン受容体作動薬 131
 免疫関連有害事象 25

● も

問診 70, 73
 問題解決療法 144

● や

薬剤性精神障害 107

薬物相互作用 120
 薬物動態 118
 薬物療法 115

● ゆ

誘導イメージ法 141

● よ

ヨガ 195
 予期性悪心・嘔吐 51
 抑うつ 16

● ら

ライフサイクル 62, 85
 ライフレビュー 163
 ラメルテオン 131

● り

リスペリドン 133
 療養・就労両立支援指導料 203
 両立支援 105
 リラクゼーション法 140
 臨床心理士 203
 倫理 113

● れ

レジリエンス 48
 レンボレキサント 131

● ろ

ロフラゼプ酸エチル 128
 ロラゼパム 128

● わ

ワン・クエスチョン法 73

欧文索引

A

acceptance and commitment therapy (ACT) 154,
159, 231, 301
Adolescent and Young Adult (AYA) 世代 60
AUDIT 29

B

Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) 77

C

CAGE 29, 90
CALM 166
chemobrain 81
collaborative care 175
complementary and alternative medicine (CAM) 195
Concerns About Recurrence Scale (CARS) 40

D

dignity therapy 160, 233
Distress and Impact Thermometer (DIT) 76
Distress Thermometer (DT) 76
DSM 70

E

Edmonton Symptom Assessment System-Revised 76

F

fear of cancer recurrence (FCR) 21
Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) 40
fear of progression (FOP) 21

G

general psychological distress 15
Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) 77

H

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 77

I

ICD 70
IoT を用いた精神療法 172

M

managing cancer and living meaningfully 166
MBCT 158
MBSR 158
Meaning-centered Psychotherapy 168, 231, 233
mindfulness →マインドフルネス参照
mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) 157,
158
mindfulness-based stress reduction (MBSR) 157,
158

N

NaSSA 126

P

Patient Health Questionnaire (PHQ) 76
progressive muscle relaxation 140
psychological distress 13
PTSD 18, 33

Q

QT 延長 121

S

S-RIM 126
SNRI 123
SSRI 123
STAS 日本語版 75, 202

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 4
がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024 年版

2024 年 9 月 30 日 第 1 版 (2024 年版) 第 1 刷発行
2025 年 7 月 30 日 第 2 刷発行

編 集 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポートティブケア学会

発行者 福村 直樹

発行所 金原出版株式会社

〒113-0034 東京都文京区湯島 2-31-14

電話 編集 (03)3811-7162

営業 (03)3811-7184

FAX (03)3813-0288

振替口座 00120-4-151494

<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

©2024

検印省略

Printed in Japan

ISBN 978-4-307-10209-4

印刷・製本／三報社印刷㈱

JCOPY <出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。複製される場合は、そのつど事前に、出版者著作権管理機構（電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail : info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

小社は捺印または貼付紙をもって定価を変更致しません。

乱丁、落丁のものはお買上げ書店または小社にてお取り替え致します。

WEB アンケートにご協力ください

読者アンケート (所要時間約 3 分) にご協力いただいた方の中から抽選で毎月 10 名の方に図書カード 1,000 円分を贈呈いたします。

アンケート回答はこちらから →

<https://forms.gle/U6Pa7JzJGfrvaDof8>



食道癌診療ガイドライン

日本食道学会 編

2022年版

◆B5判 176頁 ◆定価3,520円(本体3,200円+税10%)

大腸癌治療ガイドライン

大腸癌研究会 編

医師用 2024年版

◆B5判 188頁 ◆定価2,750円(本体2,500円+税10%)

遺伝性大腸癌診療ガイドライン

大腸癌研究会 編

2024年版

◆B5判 184頁 ◆定価2,970円(本体2,700円+税10%)

炎症性腸疾患関連消化管腫瘍診療ガイドライン

大腸癌研究会 編

2024年版

◆B5判 152頁 ◆定価3,850円(本体3,500円+税10%)

鼠径部ヘルニア診療ガイドライン

日本ヘルニア学会ガイドライン

2024年版【第2版】

作成検討委員会 編

◆B5判 144頁 ◆定価3,630円(本体3,300円+税10%)

腹膜播種診療ガイドライン

日本腹膜播種研究会 編

2021年版

◆B5判 212頁 ◆定価3,300円(本体3,000円+税10%)

遺伝性乳癌卵巣癌(HBOC)診療ガイドライン

日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構 編

2024年版【第3版】

◆B5判 344頁 ◆定価4,180円(本体3,800円+税10%)

口腔癌診療ガイドライン

口腔癌診療ガイドライン改訂合同委員会 編

2023年版

◆B5判 252頁 ◆定価4,620円(本体4,200円+税10%)

リンパ浮腫診療ガイドライン

日本リンパ浮腫学会 編

2024年版【第4版】

◆B5判 124頁 ◆定価2,640円(本体2,400円+税10%)

乳癌診療ガイドライン

日本乳癌学会 編

2022年版

◆B5判 512頁 ◆定価6,050円(本体5,500円+税10%)

① 治療編 ◆B5判 408頁 ◆定価4,950円(本体4,500円+税10%)

② 疫学・診断編 ◆B5判 408頁 ◆定価4,950円(本体4,500円+税10%)

制吐薬適正使用ガイドライン

日本癌治療学会 編

2023年10月改訂【第3版】

◆B5判 208頁 ◆定価3,080円(本体2,800円+税10%)

子宮頸癌治療ガイドライン

日本婦人科腫瘍学会 編

2022年版

◆B5判 224頁 ◆定価3,740円(本体3,400円+税10%)

子宮体がん治療ガイドライン

日本婦人科腫瘍学会 編

2023年版

◆B5判 240頁 ◆定価3,740円(本体3,400円+税10%)

卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン

日本婦人科腫瘍学会 編

2020年版

◆B5判 224頁 ◆定価3,740円(本体3,400円+税10%)

脳腫瘍診療ガイドライン 成人脳腫瘍編

日本脳腫瘍学会 編

2024年版【第3版】

◆B5判 264頁 ◆定価4,620円(本体4,000円+税10%)

脳腫瘍診療ガイドライン 小児脳腫瘍編

日本脳腫瘍学会 編

2022年版

◆B5判 272頁 ◆定価4,400円(本体4,000円+税10%)

がん免疫療法ガイドライン

日本臨床腫瘍学会 編

【第3版】

◆B5判 264頁 ◆定価3,300円(本体3,000円+税10%)

造血器腫瘍診療ガイドライン

日本血液学会 編

2023年版

◆B5判 504頁 ◆定価6,050円(本体5,500円+税10%)

科学的根拠に基づく皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン

日本皮膚科学会/日本皮膚悪性腫瘍学会 編

【第3版】

◆B5判 384頁 ◆定価7,150円(本体6,500円+税10%)

成人・小児進行固形がんにおける臓器横断的ゲム診療のガイドライン

日本臨床腫瘍学会/日本癌治療学会/日本小児血液・がん学会 編

2022年2月【第3版】

◆B5判 120頁 ◆定価2,420円(本体2,200円+税10%)

精巣癌診療ガイドライン

日本泌尿器科学会 編

2024年版【第3版】

◆B5判 192頁 ◆定価3,960円(本体3,600円+税10%)

がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン

日本がん看護学会/日本臨床腫瘍学会/日本臨床腫瘍薬学会 編

2023年版

【外来がん化学療法看護ガイドライン1:改訂・改題】

◆B5判 152頁 ◆定価2,420円(本体2,200円+税10%)

ISBN978-4-307-10209-4
C3047 ¥3500E

定価3,850円
(本体3,500円+税10%)



9784307102094



1923047035004

