

総 説

がん医療におけるこころのケア

Mental Care in Cancer Patients

小林 真理

Mari KOBAYASHI

要 旨

がんの罹患は突然のライフイベントであり、また、がんの臨床経過中には心身に影響を及ぼすさまざまな精神的ストレスが生じ、精神疾患の誘発因子となる。がん患者のおおよそ半数には何らかの精神医学的問題が認められ、がん治療と日常生活に悪影響を及ぼすことから、早期の適切な介入が必要とされる。がんによって生じる精神医学的問題として、適応障害やうつ病をはじめとした不安と抑うつ、せん妄の頻度が高いことはよく知られているが、自殺、認知機能障害、最近ではケミカルコーピングなども認められている。がん患者の精神心理的苦痛の背景には身体的、社会・経済的問題など多彩な問題が含まれるため、精神心理的苦痛のレベルに応じて、多職種が連携してケアすることが望まれる。

はじめに

がんはわが国の死亡原因の第一位であり、また高齢化社会の進行に伴い、生涯において国民の2人に1人ががんを経験するという現状がある。一方で、がん医療の進歩によりがんの生存率は向上し、がんを抱えながら日常生活を送っているがんサバイバーも多くなっている。

がんの罹患は生命を脅かす突然のライフイベントであり、日常生活や人生の計画の大幅な変更を余儀なくされるなど、多大な精神的ストレスをもたらす。こうしたストレスは、がんのあらゆる病期において心身に影響を及ぼし、精神疾患の誘発因子となり得る。約50%のがん患者には何らかの精神医学的問題が認められ、生命予後やQOLの低下、がん治療に対するアドヒアランスの低下など¹⁾ がん治療と日常生活に悪影響を及ぼすことから、早期の適切な介入が必要とされる。

2007年4月に施行された「がん対策基本法」に基づいて2007年6月に策定されたがん対策基本計画の中で、精神心理的苦痛を含めたがん患者のあらゆる苦痛の緩和が求められることとなったが、これに先立つ2002年には、精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入

された。こうした時代の流れの中で、がん医療において、緩和ケアとともにがん患者およびその家族に対するこころのケアの重要性が認識されるようになってきている。

I サイコオンコロジー（精神腫瘍学）について

がん患者の抱える身体・精神・社会・実存的苦痛（スピリチュアル・ペイン）など多面的な苦痛の治療には、受診時から多職種がチームで行う全人的医療が求められるが、そこで重要な役割を担うのがサイコオンコロジーである。サイコオンコロジー（psycho-oncology）は、心理学（サイコロジー＝psychology）と腫瘍学（オンコロジー＝oncology）を組み合わせた造語で、「精神腫瘍学」と訳される。欧米では本人にがん告知を行う医療が一般化した1970年代から臨床に導入されるようになったが、わが国においては1986年に日本臨床精神腫瘍学会（現日本サイコオンコロジー学会）が結成されて以降、緩和ケアの広まりとともに発展してきた。がん患者、家族および医療従事者のこころの問題を扱う集学的学問分野であり、「がんがこころに与える影響」と「こころや行動ががんに与える影響」の双方向性の研究、臨床活動を通して、がん患者とその家族のQOLの向上、

がん罹患の減少や生存率の改善を目標としている²⁾。

Ⅱ がん(ストレス)に対する通常のこころの反応

がんの診断や治療技術が向上しているとはいえ、がんにおいては、未だに「致死性の疾患」という印象が強くあり、死への恐怖にさらされるがんの告知は、衝撃的な精神的ストレスをもたらす。また、その後のがんの臨床経過のなかでは、がんの再発、がんの進行による新たな症状の出現、積極的な抗がん治療の中止といった悪い知らせ (bad news) を聞く機会も多く、常にさまざまな精神的ストレスを抱えることになる。大きなストレスを受けた後の心理反応を図1に示す。がんを告知された患者は強い精神的衝撃を受け、混乱・否認・不安・絶望感などとともに、気持ちの落ち込み、食欲低下や不眠、集中力低下などさまざまな症状が出現し、一時的に日常生活に支障を来すことがある。こうした一連の反応は、そのストレスに適応していく過程の中で生じる正常な反応であって、多くの場合は次第に現実的な適応行動がとれるようになり、2週間程度でこの状態は軽減する。医療者はこうした心理反応を殊更に異常と捉え過ぎることなく、温かく支持的に対応することが望ましい。しかし、一部でこの過程がうまくいかず精神症状が遷延する場合があります、その際は専門的な治療介入を要する。

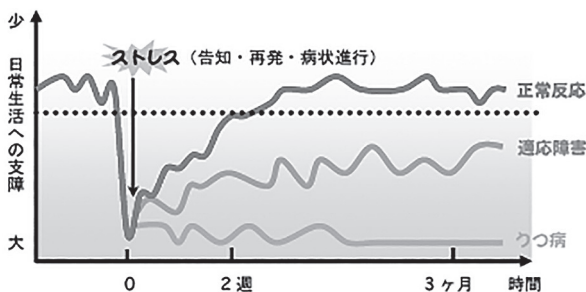


図1 がん(ストレス)に対する通常のこころの反応
がん患者さんとご家族のこころのサポートチームより引用
<http://support.jpso-society.org/manual/>

Ⅲ がんによって生じる精神医学的問題

1. 不安と抑うつ

不安と抑うつは、臨床的に問題となることの多い精神心理的苦痛である。

不安状態には、「身体的不安」としての動悸、息苦しさ、口渇、震え、発汗など様々な自律神経症状が表出されることがあり、また、抑うつ状態でも、うつ病の診断基準に挙げられる倦怠感、食欲不振、体重減少、不眠、集中力低下などの身体症状が高頻度で出現する。こうした身体症状は、がんやがん治

療による症状と重複するところが大きく、がん患者のうつ病の診断を難しいものになっている。

がん患者が不安を抱えることは一般的であり、通常の適応範囲内の心理反応であることが多いが、時に非適応で強い不安により、不安障害 (全般性不安障害、パニック障害) や適応障害、心的外傷後ストレス障害に該当する状態を呈することもある。適応障害は、ストレス反応性疾患で、通常の心理的反応と不安障害やうつ病などとの中間に位置し、がん患者に最も多くみられる精神疾患である。

がん患者の抑うつ、不安に対する治療としては、支持的療法 (苦痛や感情の表出に対して傾聴、受容、共感、肯定などを中心として接し、現実的な範囲で保証を与えていくことで本来の対処能力の強化回復を援助するという最も一般的な技法) を基本とし、必要に応じて薬物療法を併用する。精神症状の原因に疼痛などの身体症状、ソーシャルサポートが乏しいなどの社会・経済的問題、実存的問題が関与している場合は、可能な限り原因となっている問題への介入を行い、並行して身体症状の緩和を進めることが重要である。

2. せん妄

せん妄は、脳の器質的な脆弱性のうえに身体疾患や薬物の使用、手術などを直接原因として急性に発症する意識障害であり、失見当識や幻覚妄想、気分の変動など多彩な精神症状を呈し、患者だけでなく家族や医療者にも強い精神的苦痛と負担をもたらす。がんのあらゆる病期において発現する可能性があるが、特に終末期に近づくにつれて、その頻度は高くなる。せん妄のサブタイプには、過活動型 (不穏、活動性の増加)、低活動型 (傾眠、活動量や会話量の低下)、混合型があるが、低活動型せん妄の頻度は高いものの過活動型と比べ見逃されやすく、うつ病との鑑別が問題となることが多い。

せん妄の要因は、準備因子 (せん妄が起こりやすい素因のこと)、促進因子 (せん妄を悪化、遷延化させるもの)、直接因子 (せん妄の引き金になるもの) の3つからなり、それぞれが複合し多要因により発症すると考えられている³⁾。高齢、認知症、脳器質性疾患の既往、せん妄の既往、アルコール多飲などの準備因子を有する患者はせん妄ハイリスクと考え、入院時からの予防的介入 (直接因子や促進因子をできる限り取り除くこと) が重要である。具体的には、身体的要因 (痛み、便秘、脱水、電解質異常、感染、脳転移や中枢神経浸潤、身体拘束、視力・聴力低下など)、精神的要因 (不安、抑うつ)、環境変化、薬剤性 (ベンゾジアゼピン系薬、オピオイド、ステロイドなど)、不眠などの関与を検討する。

最近のメタアナリシスでは、早期離床の促進や視聴覚障害への補助など、複数の促進因子に対する介

入を行うことでせん妄の予防効果を認めたと報告されており⁴⁾、非薬物療法の重要性が注目されている。せん妄発症後の薬物療法として、日本総合病院精神医学会の『せん妄の臨床指針（せん妄の治療指針第2版）』では、まず糖尿病の有無を確認し、糖尿病がない場合はクエチアピン、ある場合はリスベリドンというフローチャートが推奨されている⁵⁾。また、ベンゾジアゼピン系薬とは作用機序が異なる新規睡眠薬であるラメルテオンやスボレキサントがせん妄の予防に有効であるとする報告がある⁶⁾。

3. 自殺

がん患者の自殺率は、おおむね一般人口の2倍程度と高く、時期としては診断の1年以内に多く、危険因子としては、男性、進行がん、高齢（65歳以上）、頭頸部・肺がんなどが挙げられている^{7),8)}。自殺したがん患者の心理学的剖検研究からは、95%の自殺の背景に精神疾患の診断名がついており、最大の原因はうつ病であることが示されている⁹⁾。

希死念慮や自殺企図の背景には、精神医学的な問題に加え、痛みや倦怠感などの身体的苦痛、周囲のサポートの乏しさ、他者への依存に対する負担感や絶望感などの実存的な苦痛が存在することも多いので、こうした苦痛を見過さずに把握し、適切に介入することが重要である。

4. 認知機能障害

がん患者の苦痛の一つに認知機能障害がある。がん患者の認知機能は、がん治療中における治療選択や治療後の社会機能の維持など有意義な生活を送る上で非常に重要であり、治療アドヒアランスやQOLの障害、様々な場面での意思決定、家族とのコミュニケーションなどにも大きく影響する¹⁰⁾。

超高齢化社会が進み、認知機能障害を有するがん患者も増えてきているが、せん妄や認知症のみならず、化学療法や放射線療法による認知機能への影響も近年注目されている。がんの診断あるいは治療に関連する認知機能障害は、“cancer related cognitive impairment(CRCI)”と総称される¹¹⁾。CRCIに関する長期にわたる研究によると、がんの治療を受ける前から約30%の患者に、治療経過中には75%に及ぶ患者に認知機能障害が認められ、このうち35%は治療終了後も数ヶ月～数年にわたり症状が持続していたことが報告されている¹²⁾。症状としては軽微で気づかれにくいものの日常生活には支障がみられ、記憶、集中力、処理速度や実施能力の低下が認められるとされるが、現時点で有効な評価方法や治療は確立されていない。

認知機能障害の進行によって明確な自分の意思を表明することが困難となった場合、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)が意思決定を助ける有用な方法になり得る。ACPとは、

意思決定能力低下など将来の状態変化に備えて、予め早い段階から、患者・家族・医療者間で繰り返し話し合うことで、患者の価値観を明らかにし、これからのケアの目標や具体的な治療・療養の方法を明確にするプロセスのことである。

5. ケミカルコーピング

がん患者の生存率の向上による長期生存のがんサバイバーの増加に伴い、長期オピオイド使用者も多くなってきている。

ケミカルコーピングとは、1995年にBrueraらが初めて提唱した比較的新しい概念である¹³⁾。がん疼痛の緩和を目的に処方されるオピオイドを本来薬剤で対応すべきではないストレス（不安や抑うつ、不眠などの精神的苦痛）に対して用いるといった不適切な使用および対処形式を意味し、乱用や依存の前段階と考えられている。これに対して偽依存とは、十分にコントロールされていない疼痛から逃れるために、過剰または演技的に疼痛を訴えたり鎮痛薬の投与を頻回に要求したり、複数の医療機関を受診するなどの行動をとったりする状態を指す¹⁴⁾が、こうした状態は十分な疼痛コントロールが得られると速やかに消失するという特徴がある。ケミカルコーピングと偽依存の鑑別は簡単ではないが、レスキュー薬の使用状況や状況、目的などから推測し得る方法がある¹⁵⁾。

ケミカルコーピングの背景には、がん患者が抱えている様々なこころのつらさが存在することが多く、ケミカルコーピングが疑われた際は、単にオピオイドの制限を行うだけではなく、精神的な苦痛に対しても十分に理解し、ケミカルコーピング以外の方法でストレスに対処するための援助を行うことが重要である。

IV 多職種によるケア

がん患者の精神心理的苦痛の背景には身体的、社会・経済的問題などさまざまな問題が含まれており、多職種が連携して対応する必要がある。支援の検討をする際には、解決可能な問題を見落とさないように、症状を緩和する確実な手段のある身体症状→身体に起因した精神症状→社会・経済的問題→心理的問題→実存的問題の順序で包括的にアセスメントする(図2)¹⁶⁾。

NICE支持緩和ケアマニュアルには、心理的苦痛を通常レベルから重度の精神疾患まで4段階に分類し、各段階のこころのケア方法が記されている(図3)¹⁷⁾。

こころのケアの4段階は、がん患者を直接担当する医療者の第1・第2段階と、こころの専門家が関わる第3・第4段階に大きく分けられるが、がん医療に携わる全ての医療者に求められるのは、がん患者の

心理・社会的ニーズの認識と基本的なコミュニケーションスキル（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）である。

がん医療におけるこころのケアは、がん患者の精神心理的苦痛のレベルに応じて、こころの専門家だけでなく、さまざまな職種が連携しながら行うことが望ましい。

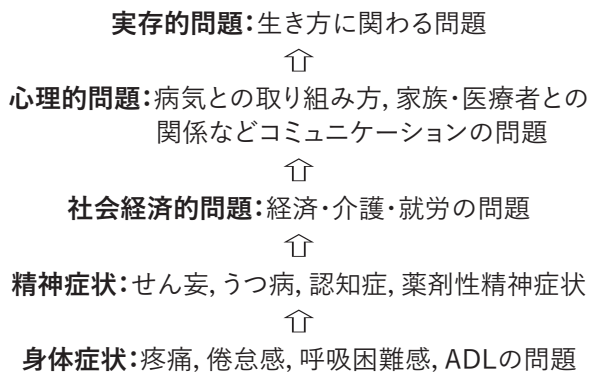


図2 がん患者の包括的アセスメント¹⁶⁾

第1段階：全ての医療者

評価：心理的ニーズの認識

介入：基本的なコミュニケーションスキル
 （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）

評価：心理的苦痛のスクリーニング

（がんの診断・再発・治療中止時などのストレス時）

介入：問題解決技法のような心理技法

第3段階：精神・心理専門職

評価：心理的苦痛の評価と精神疾患の診断

介入：カウンセリングと心理療法

第4段階：精神科医

評価：精神疾患の診断

介入：薬物療法と心理療法

図3 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階¹⁷⁾

おわりに

がんの臨床経過中には、がん治療や日常生活に影響を及ぼす精神心理的苦痛を抱え、ケアが要されることも多い。また、こうした精神心理的苦痛の背景には、身体、社会、経済的問題などさまざまな問題が含まれるため、さまざまな職種が連携して対応する必要がある。

筆者は2018年4月から当院で精神科外来を担当している。受診されるのは当院で治療中（通院または入院中）の患者であるが、疾患としては前述したように適応障害、うつ病、不安障害、入院中ではせん妄（認知症を含む）の対応が多い。ほとんどががん患者であることから、今まで以上に身体状態には留意し、必要に応じて薬物治療を行っているが、やはりまずは基本的な“傾聴する”ということが最も大切であることを再認識している。また、精神科医ひとりでは出来ることは限られているため、問題解決にはさまざまな職種との協働が不可欠であることも実感している。

できるだけ今まで通りの日常生活を維持しながら自分らしくがんと共存していけるよう、今後も、他職種と連携しながら精神面でのサポートに努めていきたい。

文 献

- 1) Grassi L : Psychiatric and psychosocial implications in cancer care : the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29: e89.2020.
- 2) Holland JC: Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology* 27(5): 1364-1376, 2018.
- 3) Lipowski ZJ : Delirium : Acute Confusional States. Oxford University Press, New York, 1990.
- 4) Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al: Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 175 (4): 512-520, 2015.
- 5) 日本総合病院精神医学会せん妄指針改訂班：せん妄の臨床指針－せん妄の治療指針第2版。日本総合病院精神医学会治療指針1。星和書店。2015.
- 6) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Real-World Effectiveness of Ramelteon and Suvorexant for Delirium prevention in 948 Patients with Delirium Risk Factors. *J clin Psychiatry*,81(1). 19m12865. 2019.
- 7) Anguiano L, Mayor DK, Piven MI, et al: A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs* 35(4): E14-E26, 2012.
- 8) Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, et al: The risk of suicide in cancer patients : a review of the literature. *Psychooncology* 19(12): 1250-1258, 2010.
- 9) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36(1-2): 11-20, 1995.
- 10) Anderson-Manley C, Sherman ML, Riggs R, et al: Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: a meta-analysis and review of the literature. *J Int Neuropsychol Soc* 9(7): 967-982, 2003.
- 11) 谷向仁：がん患者に認められる様々な認知機能障害－これまでの知見と今後の課題－*精神神経学雑誌*117(8)：585-600, 2015.

- 12) Janelins MC, Kohli S, Mohile SG, et al: An update on cancer-and chemotherapy-related cognitive dysfunction: current status. *Semi Oncol* 38(3): 431-438, 2011.
- 13) Bruera E, Moyano J, Seifert L, et al: The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage* 10(8): 599-603, 1995.
- 14) Kwon JH, Tanco K, Hui D, et al : Chemical coping versus pseudoaddiction in patients with cancer pain. *Palliat Support Care* 12(5) : 413-417, 2014.
- 15) 山口重樹, Donald R TAYLOR : がん患者におけるケミカルコーピングと偽依存～疑いの目をもちつつ, 患者に寄りそう気持ち～日本病院薬剤師会雑誌55 (1) : 15-20, 2019.
- 16) 小川朝生, 内富庸介編 : 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,2014.
- 17) Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Health Services (NHS) – National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004. <http://www.nice.org.uk/guidance/csg4> [引用2020-7-8]