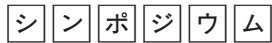


第104回日本精神神経学会総会



がん医療におけるリエゾン精神医療

伊藤 敬雄 (日本医科大学付属病院精神神経科・緩和ケア科)

緩和ケアでは、がん患者の心理的立場の理解と患者・家族への全人的ケアを中心に置く。身体の障害部位だけ（身体的痛み）を問題にするのではなく、魂の苦しみ（精神的痛み）も対象とする。最近、コンサルテーション・リエゾン精神医療では、がん治療患者に対する精神症状評価と治療に留まらず、緩和ケアチーム医療におけるコアメンバーとして専門的対応を求められる機会が高まっている。特に緩和ケアに関わる精神科医は、患者と医療者の関係性、また医療者間の連携に注意を払い、患者、医療者相互のニーズを詳細に把握する。そして、精神科医として何ができるのかを中・長期的に目標を定める必要がある。さらに、チーム医療のコーディネート、スタッフの燃え尽き防止にも対応を求められる。緩和ケアチームの質を維持し、周囲のニーズに応え、緩和ケアの一層の展開を図るためにコンサルテーション・リエゾン精神科医の役割は極めて重要である。

<索引用語：コンサルテーション・リエゾン精神医療，緩和ケア，がん医療>

はじめに

元来、がん医療は各診療科と看護師、薬剤師などが集まりチーム医療を行う集約的医療であり、これによって治療成績を上げてきた。また、治療成績の向上に伴って患者は治療法への関心ばかりか治療経過における生活の質への関心、こころのケアに注目が払われるようになった。

こうしたなかで、2002年4月に制定された「一般病棟における緩和ケアチームの診療加算」では精神科医の設置が必須条件とされた。これによって、コンサルテーション・リエゾン精神医療では、がん患者に対して単に精神症状の評価と治療にとどまらず、がん医療全般と緩和医療に関する基本的知識の習得、さらに、緩和ケアチーム医療における精神医学的な専門的対応を求められる機会が高まっている。

がん患者へのコンサルテーション・リエゾン精神医療のニーズ

コンサルテーション・リエゾン精神医療を総合病院で実施する有用性として、死亡率、罹患率、入院日数そして病院経費という各項目における減少¹⁾などコスト効果を訴える報告が多かった。しかし、がん患者へのコンサルテーション・リエゾン精神医療、特にサイコオンコロジーではこの範疇に収まらない。これは、がん医療における診断技術の向上、治療成績の向上とともに、情報開示など医療を取り巻く社会状況の変化から、患者自身のQOLと自己決定権が叫ばれるようになった。このため、「がんが患者とその家族の心に与える影響」、「心や行動ががんに罹患することや罹患した後の生存期間などに与える影響」を考える医学領域として腫瘍精神医学（サイコオンコロジー）が存在するからである²⁾。

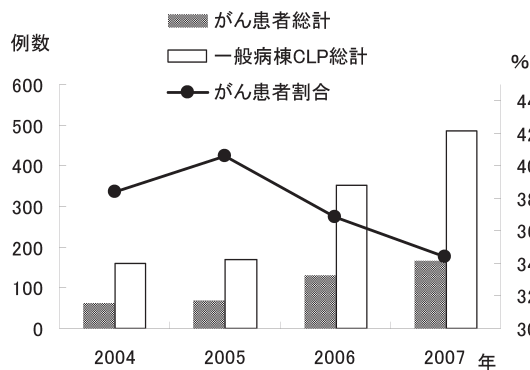


図1 日本医科大学付属病院一般病棟におけるコンサルテーション・リエゾン活動

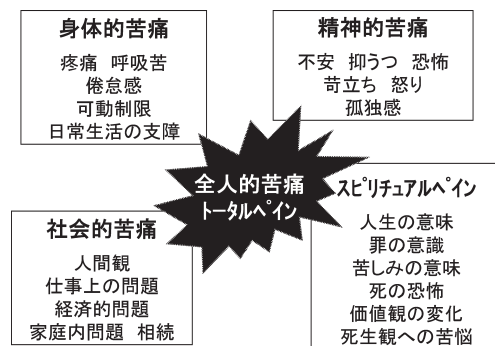


図2 全人的苦痛の概念

がん治療患者における精神症状の負の影響として、①精神症状そのものの苦痛、②意志決定障害による治療の中断と正しい病気理解の阻害、③治療方針の混乱、④家族の精神的苦痛、⑤自殺のリスクが一般の2倍、といった問題が挙げられる。しかし、がん治療患者の多くは、身体因、医原性などの理由からその精神機能評価は困難となり、コンサルテーション・リエゾン精神医療による専門的対応が求められる。

日本医科大学付属病院では、2007年における一般病棟のリエゾン対応患者総数486例のうち34.4%はがん患者であった(図1)。総数に占めるがん患者の割合は2005年40.6%、2006年36.8%、2007年34.4%と若干減少しているが、がん患者対応数は同69例、130例、167例と着実に増加している。特にがん患者における身体疾患では説明のつかない身体不定愁訴を扱うことが多く、緩和医療と精神医療の協働が求められている⁵⁾ 現実がある。

がん治療を受ける患者と治療者側の留意点

がん治療患者では、情報開示がすすむ中で、患者は衝撃、疑惑、否認、絶望、不安、抑うつなど心理的衝撃を受ける。また、①病気自体への不安、②身体的苦痛による不安、③検査や治療に伴う苦痛や不安、④家族に対する気遣い、⑤将来に対する不安、⑥経済的不安など諸問題、などを同時に

背負うため、時には社会的機能障害を生じるほどの不快な感情(精神的苦痛)と精神症状を認める。これらががん患者の許容範囲を超えた場合に精神科医の対応が必要になる。がん患者へのコンサルテーション・リエゾン精神医療では、「がん」という言葉が患者に与えるイメージ、情報提供や将来の不確実性といった特殊性、そして患者の家庭状況、生活背景を理解した上で対応しなくてはならない。

また、末期がん患者では、「死と喪失の直面」から「この苦痛に耐えるくらいなら、早く楽に逝かせてほしい」とスピリチュアルペインが認められる⁶⁾。さらに、がん患者の自殺理由として、Meierら⁷⁾の報告では、痛み以外の不快79%、尊厳の喪失53%、制御できない徴候の恐れ52%、痛み50%、人生への意味の喪失47%、負担感34%、依存心30%を挙げている。これは、がん患者が痛み、不快感、不安、恐怖ばかりでなく、自己存在に対する絶望感、無意味感、役割喪失感、また、周囲への負担感と疎外感といった実存的な苦しみを内在していると考えられる。

以上から、がん治療患者では、①身体的苦痛、②精神的苦痛、③社会的苦痛、さらに④スピリチュアルペインという実存的苦痛を含めて、全人的苦痛(total pain)として包括的に痛みを捉えなくてはならない(図2)。

表1 がん患者への専門的介入の時期

- ①恐怖や不安のあまり途方に暮れてしまうとき
- ②病前の精神的問題；
疾病恐怖，広場恐怖，パニック障害，神経質，心配性など
- ③治療状況が患者の不安を誘発するとき
- ④身近な人を亡くした後
- ⑤両親やほかの家族が，がんで死亡している場合
- ⑥過去の重大なトラウマの記憶
- ⑦がん治療中の気分や心的機能の突然の変化
- ⑧身体症状を引き起こす精神的苦痛（身体化症状）

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, J Holland : The Human Side of Cancer³⁾

精神医療の専門的介入

がん治療患者に対して，医療者は身体症状も精神症状も両者の辛さを軽減し治療できる可能性を示す必要がある。がん治療に専念することはがん専門医として当然であるが，がん患者によく起こり得る精神的，あるいは心理的問題をよく理解して取り組むことが要求される。Holland³⁾による具体的な腫瘍精神科専門的時期の提言を表1に列挙する。がん治療患者が日常生活に支障を来す心理・精神状況，精神疾患の既往，身体症状や治療状況における精神症状の変化，そして家族状況問題をも包括的に把握して必要時の専門的介入を迅速に行わなくてはならない。

Moadelら⁸⁾は，がん患者における実存と価値観において，①恐怖に打ち勝つ51%，②心の平静を見つける43%，③希望を見つける42%，④人生における意味を見つける40%，⑤スピリチュアルな方策を見つける39%，といった必要性を挙げている。しかし，がん治療患者は精神症状を医療者に訴えないことが多く，医療者も治療が必要な問題と捉えていない場合，仕方がないと注意さえも払っていない場合がある（表2）。医療者は患者の苦悩に対して，①主体として認めているか，②苦悩の存在とその治療可能性を棄却していないか，さらには，③精神科診断へのためらいはないか，再度確認してみる必要がある。がん患者は，「人間としての苦しみ」，「苦しむ存在」であって，治療者は如何に患者に共感し，問題に答

表2 がん患者の精神症状を捉える問題点

- ①患者は精神症状を医療者に訴えないことが多い
- ②医療者も治療が必要な問題と捉えていない
- ③がん患者では普通に起こるもので仕方がない
- ④身体症状が前景で心理的解釈・精神的評価の困難

医療者は患者の苦悩に対して

- 主体として認めているか
- 苦悩の存在とその治療可能性を棄却していないか
- 精神科診断へのためらいはないか

える姿勢を提供できるかが重要である。

緩和ケアチームの展開と精神科医配置の法整備

緩和ケアの定義は「生命を脅かす疾患に関連する問題に直面する患者とその家族のQOLを改善するための1つのアプローチ」とされている¹¹⁾。がんと診断された時点で開始されるべきであり，早期に問題を意識し，疼痛，その他，身体的，心理的，スピリチュアルな問題に対する十分な評価と治療を通じて達成されるものである。しかし，苦痛の多様性から単一の職種のみでは対応が困難である。このため，緩和ケアチームでは補足であった技能を持つ多くの専門職種から構成される多職種参加型チーム（interdisciplinary team）が求められる⁶⁾。また，化学療法治療中患者では生命予後は必ずしも短いものばかりではないため，緩和ケア病棟以上に緩和ケアチームにおいては精神科医の役割は重要となる¹⁰⁾。

さらに，緩和ケアチーム内のストレスに対応する専門家が必要とされる。このため，2002年4月に制定された「一般病棟における緩和ケアチームの診療加算」において，緩和ケアチームのコアメンバーとして緩和ケア医，精神科医，専任看護師の3名のみが必須条件とされた。精神腫瘍学専門医師をそろえることは困難であるが，緩和ケア診療加算の算定が認められ，精神症状を緩和する医師が必須条件とされたことで，精神症状の診断と適切な治療介入と，早期の症状緩和が可能となった。

緩和ケアチームにおけるコンサルテーション ・リエゾン精神科医の役割

緩和ケアスタッフは各科からの複雑困難なニーズに応えなくてはならず相当のストレス下にある⁹⁾。このため、医療者は各々の専門的立場から患者個々の目の対応に追われ視野狭窄となりやすい。結果として、何をしても無駄という燃え尽きを自覚することもある。

こうした緩和ケアチームの状況を踏まえてチーム内の精神科医の役割を表3にまとめる。まず、①特に患者・家族そして身体科医療スタッフとの関係に注意を払う、②ニーズを詳細に把握する、③精神科医として何ができるのかを確認する、④その上で、治療・対応目標を中・長期的に定める、⑤周囲との関係性・連携を評価していく、ことが重要である。

また、チーム内では各専門家のモチベーションが高く、オーバーラップする領域もあることから活発な議論の末に衝突が生じることもある。チーム内での精神科医は、相互の信頼関係を維持し各自のモチベーションをチーム医療に反映させるためにも、⑥チーム内のコミュニケーションを図りチームの総意として一本化した対応を図る、⑦相互の専門性・経験を尊重し実務的支援ばかりでなく情緒的支援も行う、⑧燃え尽きを防ぐための話し合い (peer counseling) を定期的に行う、などチーム医療のコーディネーター、スタッフの燃え尽き防止にも対応を求められる。こうした様々なニーズへの対応を、緩和医療チームのコアメンバーとして精神科医が担うことによって、偏った見方の修正を図り、緩和ケアチームに望まれる展開が可能となる。

おわりに

超高齢化社会に突入した本邦では、医療技術の発達から「不治の病」、「死に至る病」は激減した代わりに、長い闘病生活を送る患者が増えている。がん征圧運動の分野でも「健常者」に対する啓発と検診活動から、「患者と治療者のケア」といった患者や生存者にも向けられるようになった。彼

表3 緩和ケアチームにおける精神科医の役割

-
- ①患者・家族そして身体科医療スタッフとの関係に注意を払う
 - ②ニーズを詳細に把握する
 - ③精神科医として何ができるのかを確認する
 - ④その上で、治療・対応目標を中・長期的に定める
 - ⑤周囲との関係性・連携を評価していく
 - ⑥チーム内のコミュニケーションを図る
そして、チームの総意として一本化した対応を図る
 - ⑦相互の専門性・経験を尊重し実務的、かつ情緒的支援も行う
 - ⑧燃え尽き予防の話し合い peer counseling を定期的に行う
-

らの自律した意思を尊重して、どのように日常を支援できるか国民全体の課題となっている。そして、「疾病中心」から「患者中心」に、がん医療の「分業・孤立型」から「チーム医療・多職種参加型」に視座を移した全人的ケアの流れの中で、がん患者に向き合う精神科医は、がん医療全般の質とケアの向上を目指すために重要な役割を担うことになる。

私が Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 研修中の恩師である Holland, J.C. 先生がご講演の際に好んで使われるご主人様 Holland, J. F. 先生のお言葉の一節を末尾に紹介させていただく。

“Psycho-Oncology is the only subspecialty in cancer that is involved in the care of every patient at every visit, irrespective of disease or treatment modality—this is the human side of cancer care” (James F. Holland, MD, Oncologist and Supportive Spouse, Mount Sinai School of Medicine as Director of the Cancer Center)

文 献

- 1) Hall, R.C., Frankel, B.L.: The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatr Serv*, 47; 418-420, 1996
- 2) Holland, J.C.: Historical overview. *Handbook of Psychooncology*, 1st ed. p. 3-12, Oxford University

Press, New York, 1990

3) Holland, J.C., Sheldon, L.: *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. Harper Collins Publishers, New York, 2000

4) Hudson, P.L., Kristjanson, L.J., Ashby, M., et al.: Desire for hastened death in patients with advanced disease and evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med*, 20; 693-701, 2006

5) 木下寛也：緩和医療とコンサルテーション・リエゾン精神医療。 *臨床精神医学*, 36; 737-742, 2007

6) Lickiss, J.N., Pollack, M.L., Tumer, K.S.: The interdisciplinary team. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd ed. (ed. by Doyle, D., Hanks, G., et al.). Oxford University Press, Oxford, p. 42-46, 2003

7) Meier, D.E., Emmons, C.A., Wallenstein, S., et al.: A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med*, 338;

1193-1201, 1998

8) Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., et al.: Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*, 8; 378-385, 1999

9) 佐伯俊成, 山脇成人: 総合病院におけるコンサルテーションチームの基本的ルール。 *ターミナルケア*, 14; 267-270, 2003

10) 内富庸介: 日本における緩和チームの今後の方向性—精神科医の立場から。 *ターミナルケア*, 14; 245-247, 2004

11) World Health Organization: *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*, Geneva, WHO, 1996