

特集 がん医療において、精神科医に期待されるもの

精神科医への期待 いま進められている事業から

小川 朝生

がん対策基本法が施行され、患者・家族の視点に立ったがん医療を構築することを目指した取り組みが進められている。患者・家族の精神心理的苦痛を軽減するために、がん診療連携拠点病院を中心に、臨床においては緩和ケアチームが設置され精神症状管理を含む包括的アセスメントが行われるようになった。教育においては緩和ケア研修会、コミュニケーション技術研修会、eラーニングなどが整備されつつある。精神科医に対して、臨床および教育活動が強く期待されている。

〈索引用語：悪性腫瘍，精神腫瘍学，緩和ケアチーム，コンサルテーション・リエゾン精神医学，緩和ケア〉

はじめに

がん対策基本法が施行され、患者・家族の視点に立ったがん医療を構築することを目指して、さまざまな取り組みが行われている。特に、患者・家族の精神心理的苦痛を少しでも軽減するために、緩和ケアチームの設置や緩和ケア研修会の実施、地域連携の取り組みが行われている。がん診療連携拠点病院の精神科医に対しても、精神心理的ケアを充実させるために、臨床および普及啓発活動が強く期待されている。多くの取り組みが同時に進められているため、その全体を見失いがちであることから、背景を踏まえつつ概要を示したい。

1. がん対策基本法とがん対策推進基本計画

日本が本格的な高齢化社会を迎え、がん（悪性腫瘍）に関する医療の重要性もますます高まってきている。がんは昭和 56 年（1981 年）以来、日本人の死因の第 1 位を占めてきた。がんで死亡する日本人は年間 33 万人にのぼり全死因の 30 % を占めるに至った（人口動態統計 平成 19 年）。生涯を通して考えると、男性の 49 %、女性の 37 %

ががんに罹患する計算になり、男性 2 人に 1 人、女性の 3 人に 1 人が罹患するという、誰が罹患してもおかしくはない疾患である。

となれば、当然受療患者も増加し、継続治療を受けている患者は全国で約 142 万人、その医療費は 2 兆 4836 億円となり、一般診療医療費全体の約 10 % を占めている（国民医療費 2006）。

このような国民病ともいえるがんに対応するために、国レベルでの対策が計画された。これが「がん対策基本法（2007 年 4 月施行）」であり、がん対策のマスタープランである「がん対策推進基本計画」である。がん対策推進基本計画（以下基本計画と略す）の全体目標には、患者・家族の強い意向が反映されて、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が掲げられた。

基本計画には、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進」するために、以下の施策をあげている。

①拠点病院を中心として、緩和ケアチームや緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域

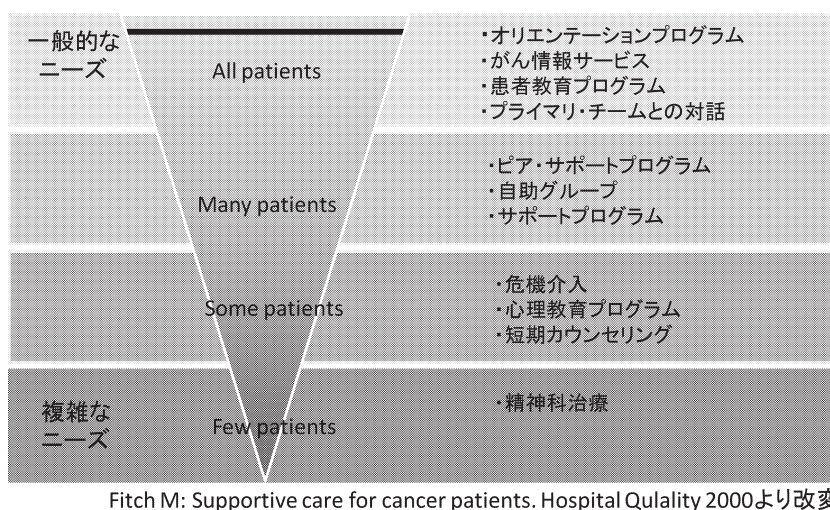


図1 精神心理的ケアの支援体制

連携の推進

- ②精神心理的な苦痛に対するこころのケアなどを含めた全人的緩和ケアの提供
- ③医師を対象とした普及啓発
- ④質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームの育成
- ⑤在宅緩和ケア支援センターの設置

2. がん医療における精神心理的ケアの支援体制

がん医療においては、患者・家族に対して幅広い精神心理的な支援が必要となる。その概要を、対象によって階層化したものを図1に示す。海外においては、各ニーズに応じて、電話を中心とした相談支援を行う情報センターやソーシャルワーカーによる心理・社会的支援が構成されている。

日本においては、基本計画にも患者・家族の精神心理的支援体制のグランドデザインは示されていない。基本計画において、精神心理的支援を担う仕組みとして、相談支援センターと緩和ケアチームをがん診療連携拠点病院に設置することが記載されている。

相談支援センターは、相談業務だけではなく、患者団体などとの連携も役割として記されている。

またわが国独自の制度として、地域の拠点病院の相談支援センターにおいて、がん患者や家族のみならず、地域の住民の相談にも対応するという役割を担う。地域との連携に関して、相談支援センターはわが国の地域社会に沿った活動は何かを模索し、実践することが求められる。

この相談支援センターと緩和ケアチームがさまざまな精神心理的支援のどの内容を担当するのかは明らかには示されていない。本来ならば、日本において精神心理的支援のニーズがどれほどあるかを疫学的に検討した上でデザインされるのがしかるべきであるが、海外の psycho-social needs の数値に基づいて外挿すると、おそらく全患者のうち約20%程度には精神科薬物療法を含む専門的支援が望まれるため、その部分を緩和ケアチームが支援し、より多くの患者のニーズに対して、情報提供、相談支援、患者会、サポート・プログラムなどの支援を相談支援センターが担うことが考えられる。

しかし、実際のがん診療連携拠点病院においては、精神保健の専門家である精神腫瘍医は非常に少ないこと、緩和ケアチームの必須メンバーであるコンサルテーション・リエゾン精神科医は多忙のため、十分に緩和ケアチームに活動時間が割け

ない現状がある。また、プライマリ・チームにおいても、一般医師・看護師ともに一般診療において精神症状に関する対応がほとんどなされていないこと、精神心理的ケアのゲートキーパーの役割を担うべき看護師・医療ソーシャルワーカーに対して、精神医学的教育がほとんどなされていないこと、その結果、精神症状のスクリーニングをしたとしても次の行動が起こせないためにそのまま放置されてしまう問題が生じている。わが国においてがん患者・家族のケアに望まれる支援体制を疫学データに基づいて確定するとともに、その実現に向けた取り組みが急務である。

3. がん診療連携拠点病院の現状

がん診療連携拠点病院での精神心理的ケアへの取り組みに触れる前に、拠点病院の概要に関して先に示したい。

緩和医療学会が厚生労働省委託事業として行った「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」に基づいて、標準的な拠点病院像を描くと表1のとおりになる。

重要な点は、拠点病院で亡くなる患者数が年間およそ200名である。終末期において身体・精神症状緩和のために専門的緩和ケアが必要となる患者はおよそ50%と見積もられることから、各拠点病院の緩和ケアチームの活動実績として100件/年は一つの目標値になろう。また、拠点病院で亡くなる患者は全国をあわせても約7万6千人であり、日本で亡くなるがん患者の25%をカバーしているにすぎない。拠点病院を整備することはあくまで中間目標であり、すべてのがん患者・家族の療養生活の質を向上させるためには、より広い取り組みが必要である。

4. 拠点病院の活動と精神科医への期待

がん診療連携拠点病院では、治療の初期段階からの緩和ケアの提供体制を整備するために、厚生労働省健康局長通知の別添「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(平成22年3月一部改正)を示している。その通知には、

表1 拠点病院のすがた

・病床数 (平均): 594 床
・年間新規がん患者数 (中央値): 2291 人
・年間がん患者数 (中央値): 28254 人
・年間死亡がん患者数 (中央値): 194 人 (平均 227 人)

医療水準調査 2008

拠点病院での死亡がん患者数: 76340 人
→およそ4人に1人のがん患者が拠点病院で死亡

①緩和ケアの提供体制

- (ア)緩和ケアチームの整備・組織上の明示
- (イ)外来における緩和ケアの提供体制の整備
- (ウ)院内掲示と情報提供
- (エ)地域連携

②緩和ケアに関する研修の実施

- (ア)プログラムに準拠した緩和ケアに関する研修の実施
 - (イ)2次医療圏の医師を対象とした研修の実施
- が盛り込まれている。この緩和ケアを提供する制度として緩和ケアチームが、また緩和ケアに関する研修として緩和ケア研修会が、各がん診療連携拠点病院において実施されている。

1) 緩和ケアチーム

緩和ケアチームとは、一般病棟において、主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて、入院患者の疼痛、倦怠感、呼吸困難などの身体症状やせん妄、うつ症状などの精神症状の緩和を実施する複数の専門職から構成される組織である。

わが国において、緩和ケアチームが制度化された背景には、緩和ケアの中心を担ってきたホスピス・緩和ケア病棟で亡くなる患者は全体の5%にすぎないこと、ほとんどのがん患者は一般病棟で亡くなる現状、一般病棟での症状緩和が進まない問題などがあった。

緩和ケアチームは、1976年にSt Thomas's Hospitalの症状緩和チームに由来し、80年、90年代を通して世界に普及した。チームの構成はsolo practitioner modelとfull team modelに分けられる。一般にはfull team modelが理想とさ

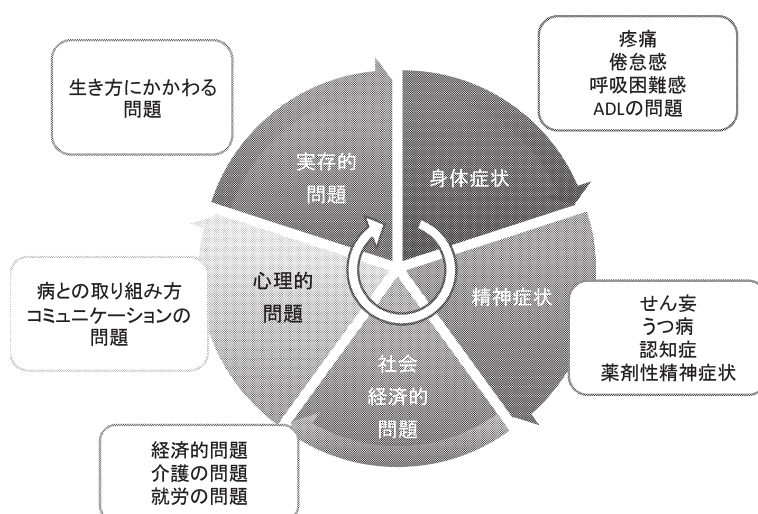


図2 包括的アセスメント

れ、専門医師に専門看護師、精神科医や心理療法士、理学療法士、薬剤師が参加し、コンサルテーションに応じて協同して診療支援にあたる。

緩和ケアチームに求められる役割として、

- ①疼痛、身体症状マネジメント
- ②精神症状マネジメント（せん妄、不安・抑うつ）
- ③患者-医療者間コミュニケーションの調整
- ④ケアの目標設定
- ⑤退院支援

がある²⁾。実際、コンサルテーションの内容としては、70～80%を占める症状マネジメントに加えて、退院支援、ケアの検討・目標設定、終末期の問題に関する相談が続く⁴⁾。

緩和ケアチームの有効性に関する研究も行われており、症状のコントロール率の向上、在宅への移行率の改善や費用の削減、入院期間の短縮が報告されている^{2,6)}。

2) 緩和ケアチームの構成と精神科医の参加

わが国で緩和ケア診療加算の算定できる緩和ケアチームは、常勤の身体症状緩和医師と常勤精神科医師、専従看護師、専任の薬剤師で構成される。特記すべきは常勤の精神科医の参画が必須条件と

されている点であり、これは世界に先駆けて制度化された。

常勤の精神科医を必須とした背景には、欧米の緩和ケアチームの運用から明らかになった問題がある。NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) の報告書にも記載されたように、「緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへの十分なアクセスがしばしば欠如している。すべての患者が系統的な心理状態のアセスメントをうけ、適切な心理的支援を受けることを保証すべきである⁵⁾。」との反省に立っている。

精神科医の役割は、①緩和ケアチームとして包括的なケアを提供するなかでの精神症状緩和を担うことと（図2）、②施設内・地域における精神症状への対応方法に関する普及啓発があげられる。

基本計画の後押しもあって、緩和ケアチームは全国612施設に設置される（2009年医療施設調査）までになった。しかし、すべての施設で緩和ケアチームが順調に機能している段階には至っていない。前述した2008年の医療水準調査では、依頼件数が40件/年未満の拠点病院が34%であった。年間40件未満では、週に1件も依頼がないと考えられ、実質的に機能しているとは言い難

い状況である。また、週3回以上診察をしているチームも55%に留まった。これは多くの拠点病院では、緩和ケアチームは設置されたもののチームメンバーのほとんどが兼任であり、十分な活動時間が確保されていないこと、施設内での位置づけが弱いことが考えられている。

3) 緩和ケア研修会

基本計画では、個別目標に「10年以内にすべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」が掲げられている。その目標を達成するために、2008年3月に緩和ケア研修会の質を確保するため、医師が基本的な知識の習得を行い、治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が策定され、都道府県や拠点病院において指針に沿った研修会が開催されるようになった。

本研修会は講義とワークショップから構成され、精神症状緩和に関して4時間が盛り込まれている。内容は基本的な症状緩和とコミュニケーション・スキルの基本が中心となり、講義(抑うつ不安・せん妄:1時間、基本のコミュニケーション:1時間)、悪い知らせのコミュニケーションを扱うロールプレイ2時間で構成されている。

この研修会を修了すると、厚生労働省から修了証書が発行される。平成22年度診療報酬改定においては、「がん性疼痛緩和指導管理料」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」および「がん患者カウンセリング料」を算定するに当たり、本研修会を修了していることが条件となっている。本研修終了者は2010年3月末で11254名であった。また、当研修会を開催する条件として、「緩和ケア指導者研修会」および「精神腫瘍学指導者研修会」の受講が義務づけられており、精神腫瘍学指導者研修修了者も445名であった。

4) コミュニケーション技術研修会

がん医療においては、がんの告知に始まり、治

療方針の選択や再発の告知、積極的な抗がん治療の中止など生命や生活に直結する重要な場面がある。各々の場面において、患者-医師間の円滑な意思疎通を図り、感情に配慮した情報の交換を行うことが必要になる。このようながんの診断告知や治療中止の決定などはBad news(悪い知らせ)と呼ばれ、「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されている。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常な心理的苦痛を伴う。たとえば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後3~5ヶ月に限ると健常人と比べて4.3倍にものぼる⁸⁾。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり患者の認識に配慮した適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である⁷⁾。

効果的なコミュニケーションを図るためのスキルは単に臨床経験を重ねるだけでは向上しない¹⁾。コミュニケーション・スキルは教育によって向上することが示されており、がん医療に携わる医療者のコミュニケーション・スキルへの教育プログラムが望まれるようになった³⁾。欧米においては、がん専門医を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが開発され、ロールプレイを中心に共感的な対応を含めたスキルの習得を目指して実施されている。

またコミュニケーションに対する意向には文化差がある。そこで我々は、わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを面接調査で検討した。その結果、患者の意向として「Supportive environment(支持的な場の設定)」「How to deliver the bad news(悪い知らせの伝え方)」「Additional information(付加的情報)」「Reassurance and Emotional support(安心感と情緒的サポート)」の4つのカテゴリーが抽出された^{1,3)}。明らかになった意向をもとに、わが国の臨床にそったコミュニケーション・スキル・トレーニングSHAREプログラムを開発し、がん専門医を対象に研修プログラムを実施している(図3)。現在、厚生労働省の委託事業として、日

本サイコオンコロジー学会協力のもと毎年全国各地で研修会を開催している。

5) 緩和ケアチーム研修会

拠点病院の指定要件の見直しに伴い、整備が義務づけられた緩和ケアチームの技術向上を目標に、独立行政法人国立がん研究センター情報センターが主催して、緩和ケアチーム研修会を年に4回開催している。研修会はグループワークを中心として、チームとして実践することを目指し、緩和ケアチームの立ち上げに関する問題から運用、職種間連携、包括的アセスメントを扱っている。3年間で約190施設が参加した。

6) がん医療を専門とする医師の学習プログラム eラーニング

厚生労働省委託事業として財団法人がん集学的治療研究財団を中心として、eラーニングシステム「がん医療を専門とする医師の学習プログラム eラーニング」(<http://www.cael.jp/>)が公開されている(図4)。

2006年に施行された「がん対策基本法」において、「がん医療の均てん化の促進」を図るために、専門的な知識および技能を有する医師や医療従事者の育成が求められている。

eラーニングとは、インターネット環境を用いた情報配信システムのことで、動画や音声、文章などからなるマルチメディア教材と学習履歴管理システムを持っている。従来の講義では、学習者が同じ場所・時間に集まり受講をすることが求められていたが、このシステムを用いることで自由な場所・時間、自分のペースで学習を進めることが可能となった。

今回構築されている「がん医療を専門とする医師の学習プログラム eラーニング」は、がん集学的治療研究財団のとりまとめにより、精神腫瘍学、緩和ケア、基盤的分野、化学療法、放射線療法の5分野からなり、それぞれを専門とする日本サイコオンコロジー学会、日本緩和医療学会、日本がん治療認定医機構、日本臨床腫瘍学会、日本放射



図3 コミュニケーション技術研修会

線腫瘍学会、国立がんセンターが協力してカリキュラムの作成が進められた。

このカリキュラムの特徴は、がん診療に携わるすべての医師に求められる知識を網羅した「共通コンテンツ」と、それぞれの専門性を追求した知識を得る「専門コンテンツ」から構成される点である。

共通コンテンツには、臨床研究と生物統計学6講義、生命倫理と法的規制7講義、基礎腫瘍学11講義、臨床腫瘍学概論17講義、緩和医療学8講義、精神腫瘍学5講義、医療ケアとチーム医療、腫瘍社会学、患者教育8講義の62講義からなり、2010年3月末に完成した。この共通コンテンツは、専門分化が進みともすればお互いのコミュニケーションにもずれが生じがちながん医療の分野において、最低限お互いの意思疎通を図るために知っておくべき共通言語の意味合いもある。

専門コンテンツに関しては、3大精神症状であるせん妄・抑うつ・不安の症状マネジメント、コミュニケーション・スキルを中心に、家族ケア、心理社会的要因とがんの罹患、高齢者腫瘍学を含む13講義を予定している。こちらは2011年3月を目標に順次公開される予定である。

おわりに

精神科医に対しては、がん医療において精神心

図4 がん医療を専門とする医師の学習プログラム e ラーニング

理的ケアに関する臨床および普及啓発活動が強く期待されている。現在進められている事業を、拠点病院の視点から概観した。

文 献

- 1) Cantwell, B.M., Ramirez, A.J.: Doctor-patient communication: a study of junior house officer. Med Educ, 31; 17-21, 1997
- 2) Cintron, A., Meier, D.E.: The palliative care consult team. Textbook of Palliative Medicine (ed. by Bruera, E., Higginson, I.J., Ripamonti, C., et al.). Hodder Arnold, London, 2006
- 3) Maguire, P.: Improving communication with cancer patients. Eur J Cancer, 35; 1415-1422, 1999
- 4) Manfredi, P.L., Morrison, R.S., Morris, J., et al.: Palliative care consultations: how do they impact

the care of hospitalized patients? J Pain Symptom Manage, 20; 166-173, 2000

5) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. <http://www.nice.org.uk>

6) Pan, C.X., Morrison, R.S., Meier, D.E., et al.: How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future directions. J Palliat Med, 4; 315-324, 200

7) Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., et al.: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet, 347; 724-728, 1996

8) Tanaka, H., Tsukauma, H., Masaoka, T., et al.: Suicide risk among cancer patients: experience at

one medical center in Japan, 1978-1994. Jpn J Cancer Res, 90; 812-817, 1999

The Contributions of Psychiatrists to Cancer Treatment

Asao OGAWA

Psycho-oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East

In recent years, the Ministry of Health, Labour, and Welfare has promoted the dissemination of palliative care services in Japan. In 2006, the Cancer Control Act was approved and this law has been implemented since April 2007. Based on this law, the Japanese government established the Basic Plan to promote Cancer Control Programs. This plan reflected the opinions of cancer patients and their families, and aimed to reduce their burdens and improve their quality of life. According to the Basic Plan, the Japanese government designated prefectural and local cancer hospitals, and required the creation of palliative care teams in each designated cancer hospital.

The role of palliative care teams is to assess the physical, psychological, social, and existential needs of patients with advanced illness and their families.

On the other hand, the training programs for palliative care (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: PEACE Project) and communication skills (SHARE-CST) were developed and implemented.

The psychiatrist has a role in the education of nonpsychiatric members, especially in the training of palliative medicine fellows.

<Author's abstract>

<**Key words**: cancer, psycho-oncology, palliative care team, consultation-liaison psychiatry, palliative care>
