

特集 がん医療において、精神科医に期待されるもの

## コンサルテーション・リエゾン精神科医が行うがん患者の心のケア

堀川 直史

サイコオンコロジーはコンサルテーション・リエゾン精神医学 (CLP) の最も重要な領域の1つであり、両者はほぼ重なりあっているともいえる。近年、特に緩和ケアチームによるがん患者の診療が注目されている。この診療には、CLP の組織論からみると、次の2つの特徴がある。1つは、この診療がコンサルテーション・モデルの診療とリエゾン・モデルの診療の両方の要素を併せもっていることである。いま1つは、緩和ケアチーム内のチーム医療と緩和ケアチームと主治医および病棟看護師とのチーム医療という二重のチーム医療が行われることである。このような理解は、今後の緩和ケアチームによる診療を充実させるために重要である。また、CLP の臨床の中で、特にがん患者に多いいくつかの特徴がある。その中で、有効なセルフケアがなく、患者が自分でできることが少ないために、患者が無力感をもつ場合がある。これに対してはエンパワーメント・アプローチが有効であり、その実際の方法を述べた。

<索引用語：コンサルテーション・リエゾン精神医学，サイコオンコロジー，緩和ケアチーム，セルフケア，エンパワーメント・アプローチ>

### 1. コンサルテーション・リエゾン精神医学とサイコオンコロジーの関係

サイコオンコロジーはコンサルテーション・リエゾン精神医学 (consultation-liaison psychiatry, 以下 CLP) の最も重要な領域の1つであり、両者はほぼ重なりあっているといえることができる。この例として、まず CLP のうち通常のコンサルテーション・モデルの診療<sup>13)</sup>においてがん患者がどのくらいの比率を占めるのか、およびすべてのがん患者の中で CLP にコンサルトされるものがどのくらいいるのかを述べることにしたい。

#### 1) CLP 診療におけるがん患者の比率

これに関する文献は、今回あらためて検索したが、非常に少ない。筆者らの発表になるが、1995年から1998年までの3年半にコンサルテーション・モデルの診療を行った他科入院患者は1236人であった。そのうちがん患者は全体の19%

(235人)で、個別身体疾患ごとにみると最も多かった<sup>7)</sup>。また、筆者らの最近の経験では、2005年1年間に当院 CLP にコンサルトされた他科入院患者570人のうち、がん患者は105人、18%であった。当院では救命救急センターに入院した自殺企図患者についてリエゾン・モデルの診療<sup>13)</sup>が行われているが、この診療を行った143人を除くと、がん患者の比率は25%に上昇する。

2) 入院した全がん患者における CLP 紹介率  
総合病院に入院したすべての身体疾患患者についての CLP 紹介率は、主に欧米で比較的多くの調査が行われている。これらによると、CLP 紹介率は0.9%から5.8%までであり、大多数は2%前後となる<sup>3)</sup>。しかし、これらの文献ではがん患者のみを取り出した検討は行われていない。1970年代からがん患者における CLP 紹介率は2%前後であろうといわれてきた<sup>10)</sup>。これが正しい

表1 CLP 受診者の精神障害の診断分布

筆頭著者 (年)	診断基準	気分障害 (%)	器質性精神障害 (%)	物質使用障害 (%)	精神病性障害 (%)	適応障害 (%)	不安障害 (%)	その他 (%)
McKegney (1983) <sup>11)</sup>	DSM-III	10	27	12	4	33	3	11
Clarke (1995) <sup>4)</sup>	DSM-III-R	55	35	10	10	19	3	31
Ormont (1997) <sup>12)</sup>	DSM-III-R	13.9	24.2	28.7	4	9.9	2	17.4
Grant (2001) <sup>6)</sup>	DSM-III-R	78.7	21.6	不明	不明	不明	16	不明
Grant (2001) <sup>6)</sup>	DSM-IV	56.7	14.7	40	不明	不明	不明	不明
Diefenbacher <sup>5)</sup> (2002)	DSM-III-R	29.8	40.1	8.5	4.7	不明	不明	不明
Bourgeois <sup>3)</sup> (2005)	DSM-IV	40.7	32	18.6	11.1	10.8	9	7.5

表2 CLP を受診したがん患者の精神障害の診断分布

筆頭著者 (年)	診断基準	気分障害 (%)	器質性精神障害 (%)	物質使用障害 (%)	精神病性障害 (%)	適応障害 (%)	不安障害 (%)	その他 (%)
Horikawa (1999) <sup>7)</sup>	DSM-IV	30.9	34.1	不明	不明	22.8	1.6	4.1
Akechi (2001) <sup>1)</sup>	DSM-IV	14.4	17.4	0.8	1.6	34	1.7	17.5

とすれば、他の身体疾患とおおむね等しい数値ということになる。しかし、筆者らの経験では、がん患者におけるCLP紹介率はこれよりも高い。ある地域中核病院において、入院したがん患者全体の中でCLPにコンサルトされたものは、1993年には2%であったが、その後急増して1998年の調査では10%に達した<sup>8)</sup>。この時期は、日本で患者への情報提供の水準が上昇した時期に一致する。CLP紹介率の上昇も、詳しい情報提供と同様に、患者の主体性の尊重とトータルケアの重要性が次第に認識されるようになったことの結果ではないかと考えている。

いうまでもないことだが、以上に述べたことを一般化することはできない。筆者らの所見は、日本の、しかも一部の病院における実態をあらわしているに過ぎない。がん患者のCLPへのコンサルトには、その病院の診療内容やトータルケアについての考え方、精神科医の関心や専門領域など、さまざまな要因が影響を与えている。今後、これ

らについて検討し、サイコオンコロジーを自分の病院とさらに地域にも拡げていくことはCLP医の重要な役割である。

### 3) CLPにコンサルトされた全身体疾患患者とがん患者の精神科診断

CLPにコンサルトされた患者の精神科診断であれば、CLP全体の資料とがん患者の資料はよく似ていることがわかる。表1に、比較的精密な方法によると思われる最近のCLP受診者全体の精神障害の診断分布を示し、表2には同じくCLPにコンサルトされたがん患者の診断分布を示した。表1は主に米国の研究 (Clarkeのもののみオーストラリア) である。表2はいずれも日本の調査であり、1つは地域中核病院、もう1つはがん専門病院における資料である。数値はやや異なるものの、気分障害、適応障害、せん妄などの器質性精神障害の3つが多いことは表1と表2全体に共通の特徴である。すなわち、少なくとも

精神障害の診断のみをみる限り、われわれはがん患者についても CLP 全体と同様の精神障害の診療を行っていることになる。

#### 4) 緩和ケアチームによる診療の独自性

現在注目を集めていることは緩和ケアチームによるがん患者の診療であろう。これは、CLP の組織論からみても、これまではなかった特徴もっている。1つは、コンサルテーション・モデルの診療とリエゾン・モデルの診療ともいえず、両方の要素を併せもっているということである。すなわち、問題が起こったあとで患者がコンサルトされるという意味ではコンサルテーション・モデルの診療であり、緩和ケアチームへの依頼理由が主に疼痛や倦怠感などの身体症状緩和であったとすれば、CLP の立場からは、こうした強い身体症状をもった患者に対するリエゾン・モデルの診療であるともいえる。

もう1つの特徴は、緩和ケアチームによるチーム医療が二重になっているということである。すなわち、緩和ケアチームというチームでの医療、さらに緩和ケアチームが主治医や病棟看護師などとチームを組むという2つのチーム医療が行われることになる。

今のところ、緩和ケアチームの組織論に関する研究はほとんど行われていない。しかし、今後さらに効果的な緩和ケアチームの活動を考えるときには、こうした CLP 医の立場、チーム医療の特徴などについても整理や明確化が必要になるであろう。

## 2. CLP におけるサイコオンコロジーの臨床的特徴

初めに述べたように、筆者らは、サイコオンコロジーは CLP の最も重要な領域の1つであり、両者はほぼ重なりあっていると考えている。一方、あらためて CLP で出会うさまざまな身体疾患患者を考えると、その中でがん患者に比較的多いと思われる臨床的特徴が浮かんでくる。すなわち、(1) がんについて、死のイメージ、特に苦痛に満ちた

死のイメージをもつ患者が稀ではない、(2)特に化学療法や放射線治療にネガティブな先入観をもつ患者がいる、(3)再発の可能性など不確実性の範囲が広く、この時期が長期間持続する、(4)今なお不良な予後の予測を伝えられていないなど情報が不足している場合がある、(5)有効なセルフケアが少なく、患者が自分でできることがあまりないために、無力感が生じる場合がある、などである。

これらはどれも重要な問題であるが、とりわけ(3)の再発の可能性など不確実性の範囲が広く、この時期が長期間持続することはわれわれが日常臨床の際に忘れてはならないことであろう。また、(5)の有効なセルフケアが少なく、患者が自分でできることがあまりないために、無力感などが生じる場合があることはこれまでサイコオンコロジーで取り上げられることが少なかったように思う。そこで、ここではサイコオンコロジー以外の CLP における知識や経験に基づいて、(5)のがん患者のセルフケア・日常生活の支援、さらに自己決定の支援について考えてみることにしたい。

#### 1) エンパワーメント・アプローチ

CLP で出会う身体疾患の中で、セルフケアが重要だが、実行が難しく、患者の負担も大きい慢性身体疾患の代表は腎不全・血液透析と糖尿病であろう。これらの疾患において、患者のセルフケアのレベルを高めるために行われる方法が、支持的な精神療法とエンパワーメント・アプローチである。支持的な精神療法は精神療法の基本であり、多くの精神科医はすでに身につけていると考えているであろう。しかし、これをどのように理解し、実行するのかはなかなか難しい問題である。この点については別に発表する機会があったので<sup>9)</sup>、ここでは主にエンパワーメント・アプローチについて述べることにする。

エンパワーメントは多義的な言葉であるが、この場合には次のような意味で用いられる。すなわち、患者のセルフケア行動の変更が必要なときに、医療者が患者を「教育」「指導」するのではなく、医療者はサポーターであり、情報を提供して相談

表3 エンパワーメント・アプローチの実際

(気がつきませんでした、そういうこともあるでしょうね。何か考えていることがありますか?)  
 いろいろ調べてみたが、難しいです。民間療法はあまり信用していないし、宗教心もありませんね。  
 (ちょっとしたことからということになるのでしょうかね。)  
 うーん。ほかの人はどうですか?  
 (すぐにはわかりません。私も考えてみます。)  
 はい。ああ、体力はきっと大事ですね。  
 (それは非常に大事だと思います。)  
 直接には役に立たないかもしれませんが、少し体力を戻すというのはどうでしょうか?  
 (とてもよいアイデアだと思います。早めに実際にできそうなことがありますか?)  
 実は、もう散歩はしています。ほかに、近くにジムがあるので、今の私にできそうなことがないか聞いてみましょうか。

し、患者が具体的な行動を決定することを支援するという考え方<sup>2)</sup>である。エンパワーメント・アプローチはがん医療においても重要であり、医療者がこの方法の考え方と技法をよく理解し、明確に意識して実行することは、患者のセルフケア・日常生活、さらにさまざまな自己決定を助け、それによって患者の自己評価を高めることもできる。

簡単に症例を呈示し、エンパワーメント・アプローチの実際を述べる。

患者は、30歳代の婦人科がん(進行がん)の患者である。入院中、不安が強く、コンサルトされた。診断は不安を伴う適応障害で、支持的精神療法を行い、trazodoneを使用した。不安は軽くなり、手術を受け、その後外来で化学療法を続けている。

外来では当科にも通院しているが、数ヶ月して次のように述べるようになった。「なるべく病気を忘れるようにしている。それでもときどき不安になる」「通院して抗がん剤を注射するだけでなく、自分でできることがあると、自分もがんばっているという気持ちになれるのだが」「自分は何をしているのだろうかと思って、自分は大めだという気持ちになることもある」「先生に聞いてみた

が、特にすることは無いといわれた」。そこで、表3のような相談を行った。

このような相談を数回行い、患者は散歩の時間を延ばし、ジムにも少しずつ行き始めた。「あまり役に立たないかもしれないが、体力をつけた方ががんを治すために少しはよいのではないか」といい、不安はさらに軽減している。疾患に対する対処方略も積極的・認知的および積極的・行動的コーピングが増えて無力感も解消に向かいつつある。

### 結 語

サイコオンコロジーはCLPの最も重要な領域の1つであり、両者はほぼ重なりあっていること、緩和ケアチームによるがん患者の診療にはCLPの組織論からみてこれまでにはない特徴があることなどを指摘した。さらに、CLPの中でがん患者に比較的多い臨床的特徴の中で、有効なセルフケアが少なく、患者が自分でできることがあまりないために、無力感などが生じる場合があることを取り上げ、それに対するエンパワーメント・アプローチの方法などを述べた。

### 文 献

- 1) Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., et al.: Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*, 31; 188-194, 2001
- 2) Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A.: Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*, 66; 13-20, 2007
- 3) Bourgeois, J.A., Wegelin, J.A., Servis, M., et al.: Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*, 46; 47-57, 2005
- 4) Clarke, D.M., Smith, G.C.: Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry*, 29; 424-432, 1995
- 5) Diefenbacher, A., Strain, J.J.: Consultation-li-

aison psychiatry : stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*, 24 ; 249-256, 2002

6) Grant, J.E., Meller, W., Urevig, B. : Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry*, 23 ; 261-265, 2001

7) Horikawa, N., Yamazaki, T., Sagawa, M., et al. : The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*, 21 ; 368-373, 1999

8) Horikawa, N., Yamazaki, T., Sagawa, M., et al. : Changes in disclosure of information to cancer patients in a general hospital in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*, 22 ; 37-42, 2000

9) 堀川直史, 倉持 泉, 樋渡豊彦ほか : 終末期腎不

全患者およびその家族との接し方. *臨床透析*, 25 ; 1435-1443, 2009

10) Levine, P.M., Silberfarb, P.M., Lipowski, Z.J. : Mental disorders in cancer patients : a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, 42 ; 1385-1391, 1978

11) McKegney, F.P., McMahon, T., King, J. : The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service. *Gen Hosp Psychiatry*, 5 ; 115-121, 1983

12) Ormont, M.A., Weisman, H.W., Heller, S.S., et al. : The timing of psychiatric consultation requests. Utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics*, 38 ; 38-44, 1997

13) 山崎友子, 堀川直史 : リエゾン精神医学の実践. *医学のあゆみ*, 190 ; 187-190, 1999

## Mental Care for Cancer Patients in the Clinical Practice of Consultation-liaison Psychiatry

Naoshi HORIKAWA

*Saitama Medical University, Saitama Medical Center, Department of Psychiatry*

Psycho-oncology is one of the most important fields of consultation-liaison psychiatry (CLP), and it can be said that there is a substantial overlap between both fields. In recent years, there has been a particular focus on medical care for cancer patients provided by palliative care teams. This type of medical care has the following two characteristics from the perspective of the organizational theory of CPL. One is that this type of medical care has elements of both medical care of a consultation model and medical care of a liaison model. The other is that dual team medicine combining team medicine within a palliative care team and team medicine between the palliative care team and a primary doctor and floor nurses is performed. Such an understanding is important in order to enrich medical care provided by palliative care teams in the future. Moreover, in clinical CLP, there are some characteristics that are frequently and specifically observed in cancer patients. Among those, patients may have a feeling of helplessness due to the absence of effective self-care and limitations on the ability of the patients to act by themselves. An empowerment approach is effective for this, and we have described the actual methods for carrying out such an approach.

<Author's abstract>

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

---