

特集 一般医療と連携する精神科医療 (総合病院精神科) の新しい動向

がんセンター精神腫瘍科の現状

秋月 伸哉

がん対策基本法に基づき 2007 年に閣議決定されたがん対策推進基本計画には、早期からの緩和ケア推進のため精神腫瘍医を育成することが盛り込まれた。またがん診療連携拠点病院の指定基準に精神科医が必要とされる、緩和ケアチームの加算に常勤精神科医が必要とされるなど、がん診療や緩和ケアの現場に精神科医が組み込まれたシステムが急速に作られている。

筆者の所属する千葉県がんセンター精神腫瘍科では、精神科医と心理士が、がん患者・家族・遺族の外来診療と、入院患者のコンサルテーションを行っている。がん患者支援機能が集約された病院であるため、近隣の精神科を持たないがん治療病院の患者も受診可能であるが、無床のため入院を必要とする際は他院精神科病床との連携を必要とする。利用患者の約半数を適応障害や精神医学的診断がつかない患者が占めており、通常精神医学的治療に加え、病気や治療、社会復帰などへの適応援助も期待されている。また臨床業務以外では、地域のがん医療従事者向け緩和ケア研修会で精神症状緩和や医療コミュニケーションの分野を分担している。

がんセンターやがん診療連携拠点病院の精神科医には多面的な働きが期待されている。一方で施設によってはがん治療に直結しない部門であるため病院管理者の理解が得られず十分な活動が行えない、一般精神科業務が多忙でがん患者支援に時間を割けない、勤務する精神科医の専門分野が異なっているためがん医療従事者が期待することとずれが生じるといった問題も聞かれる。

がんは日本人の 2 人に 1 人が経験する病気であり、がん医療は国策として重点的な取り組みが行われている。そのためこの領域で精神科が一般医療と連携するモデルを十分に構築していくことは重要である。今後は精神医学研修の一環として精神腫瘍学の研修機会が増えることも必要であろう。

<索引用語：精神腫瘍学，がん診療連携拠点病院，緩和ケア研修会，緩和ケアチーム>

1. がん医療と精神腫瘍学

がんは現在先進国の死因の第 1 位を占める重大な疾患であり、その中長期的経過や、治療、症状に関わる様々な問題から、患者やその家族に精神的、社会的に大きな影響を及ぼす。そのため近代までがん診断を患者本人には伝えない風潮があった。しかし 1960 年代に欧米からそれまでの医療のあり方を問い直すホスピス運動が始まり、また患者の権利意識の高まりからインフォームドコンセントという概念が出てくるにいたり、がん告知は避けられない問題となった。がん告知後の心理

的衝撃や心理ケアの必要性が意識されるようになり、1970 年代に初めて米国スローンケタリングがんセンターに精神科が開設された。がんが精神医学的にどのような影響を患者や家族に与えるか（がん告知後の精神症状、がん患者の自殺など）、精神医学的問題ががんにどのような影響を与えるか（心理状態が生存期間に与える影響、精神状態とがん治療コンプライアンスの関係など）といった知見が深まるにつれ、精神医学と腫瘍学が融合した学際領域である精神腫瘍学が誕生した。

我が国では 1992 年に国立がんセンター（現国

表1 精神腫瘍学とがん医療の変遷

年	がん医療と精神腫瘍学の関わり
1967	英国聖クリストファーホスピスで近代ホスピス運動始まる
1975	米国で初めての緩和ケアチーム活動が始まる
1977	米国がんセンターに初めて精神科が設置される
1982	日本初のホスピス開設
1990	緩和ケア病棟施設基準制定
1992	国立がんセンターに精神腫瘍学研究部開設
2001	がん診療連携拠点病院の整備が始まる
2002	緩和ケア診療加算（精神科医を含む緩和ケアチーム）の制定
2004	がん医療水準の均てん化を目標とする第3次対がん10か年総合戦略の策定
2006	がん診療連携拠点病院の整備指針 がん対策基本法の成立
2007	がん対策推進基本計画の策定

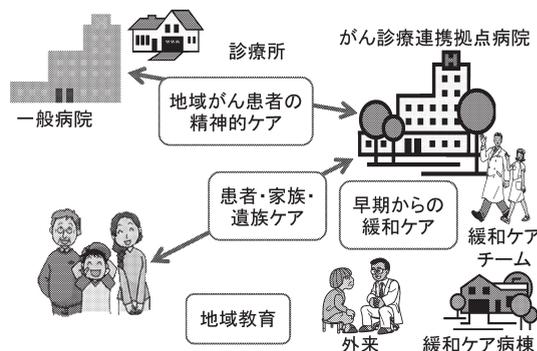


図1 がん診療連携拠点病院精神腫瘍科の役割

立がん研究センター)に精神腫瘍学研究部が開設され、その後がん医療制度に少しずつ精神医学が取り入れられるようになった(表1)。緩和ケア診療加算は、緩和ケア病棟ではない一般病棟に入院中の患者の緩和ケアについてコンサルテーション活動を行う多職種緩和ケアチームに対する診療報酬であり、2002年に制度化された。緩和ケア専門職だけでは精神症状緩和が困難であるという海外の緩和ケアチームの報告²⁾から精神科医のチーム参加が必須とされており、精神科リエゾン・コンサルテーション活動に対する現在唯一の診療報酬であるともいえる。また自らもがん患者である国会議員らによる議員立法で2006年に成立したがん対策基本法と、それに基づくがん対策推進基本計画には、がん患者、家族への心のケアの重要性が謳われ、「精神腫瘍医」の育成が必要であることが明記された。これらは医師や学識経験者に加えて患者や遺族代表が参加して策定されたものであり、国民の心のケアを行えるがん医療体制への期待のあらわれと考えることができる。

2006年、続いて2008年に出されたがん診療連携拠点病院(がん医療の均てん化のため質の保たれたがん診療を行い、がんに関わる医療資源が集約化された病院で、二次医療圏に1施設程度の設

置が進められている)の整備指針には、精神科医を含む緩和ケアチームを設置する義務や、緩和ケアチームに協力する医療心理職を配置する努力規定が示されている。このように最近数年でがん医療に精神医療を取り入れるための制度が次々と打ち出されている現状がある。

がん診療連携拠点病院は地域のがん診療の質を保つことが役割であり、そこに設置された精神科(精神腫瘍科)の役割も地域に根ざしたものである(図1)。その病院で治療、ケアを受けているがん患者、家族、遺族の精神医学的サポートを行うことは当然として、地域の精神科を持たないがん治療病院を利用する患者の外来における精神医学的サポート、緩和ケアチームと連携した早期からの緩和ケアの実践、周辺地域の医療者に対する精神症状緩和技術の教育なども期待されている。一方で2009年に行われた調査³⁾では、がん診療連携拠点病院で常勤精神科医が配置されているのは7割弱に過ぎず、緩和ケアチームがあっても活発に活動しているチームは少ない、精神科医が参加し緩和ケア診療加算がとれていない、心理士の参加が不十分であるといった実態も報告されており(表2)、どのように精神科(精神腫瘍科)ががん診療のなかで活動を広げていくかについては、現在各施設で試行錯誤がなされている状況であるといえる。

表2 がん診療連携拠点病院の精神医療の実態
(2009年, N=378施設)

常勤精神科医あり	65.9%
緩和ケアチームあり	99.7%
緩和ケア診療加算あり	18.8%
年間50件以上の緩和ケアチーム依頼	63.5%
緩和ケアチームへの心理士参加	54.2%
コミュニケーションスキル研修会	25.1%

2. がんセンターにおける精神腫瘍科の臨床

がんセンターにおける精神腫瘍科の実際の活動の一例として筆者が所属する千葉県がんセンター精神腫瘍科の立ち上げのプロセスを紹介する。

千葉県がんセンターは緩和ケア病床25床を含む341床のがん専門病院であり、がん診療のみに特化している。緩和ケアチーム活動は始まっていたものの常勤精神科医が不在であり、2009年に精神腫瘍科が新設された。発足時のスタッフは精神科医常勤1名、非常勤0.2名、臨床心理士常勤1名、非常勤0.8名であった。精神科病床はないため、がん患者、家族、遺族の外来診療と、入院コンサルテーション（ほぼ全例緩和ケアチーム活動の一環として行う）を主業務とした。精神科医が参画することにより、それまで無報酬の診療活動であった緩和ケアチーム活動に、緩和ケア診療

加算を算定することができるようになった（毎日400点×30件まで）。開設に当たり、緩和ケアチーム内、病院内の他診療部門、地域の医療機関、院内の患者を対象に、臨床業務の行い方の工夫や様々な媒体を用いて情報発信を行った（表3）。2009年度の診療実績を表4に示す。新規依頼件数は外来136件、入院240件であり、341床の入院病床のうち平均20名程度の患者を常に担当した。家族・遺族の受診数、がんセンター以外の病院からの受診者数は少なく、家族受診のハードルの高さや情報が十分に伝わっていない可能性が考えられた。

精神腫瘍医はがん患者コンサルテーションに専従しているため多くの場合依頼当日中に対応できるが、外来日が週2日であったため外来で介入までに時間を要することがあった。対象とするがん種に大きな偏りはなく、がん治療終了後のいわゆる終末期患者の割合は20%と早期からの緩和ケア実践に寄与している状況が明らかになった。

精神医学的診断は適応障害が最も多く、続いてせん妄、大うつ病であり、診断がつかない患者の割合も11%認めた。他施設のがんセンター精神腫瘍科の診療実績も同様の傾向が報告されており、がん専門病院の精神科の扱う精神症状は、通常反

表3 精神腫瘍科に関する広報、啓発活動

対象	方法
緩和ケアチーム内	精神腫瘍科スタッフの診療録記載様式を一定にする（SOAP形式、用いる診断基準を統一、一般医療者が読んで真似できる標準的な治療の実践と、わかる記録） 緩和ケアチームの診療データベースの構築（依頼理由や介入内容の記録を通じてメンバーごとの役割分担を共有） 緩和ケアチームカンファレンスでの積極的な発言 緩和ケア研修会の運営協力
病院内の医療者	院内勉強会の開催 他の診療グループカンファレンスへの定期参加（乳がん認定看護師を中心とした乳腺カンファレンスなど）
患者、家族	精神腫瘍科の診療、受診方法を説明するポスター掲示 精神腫瘍科を説明するパンフレットの作成、配布 地域新聞へのコラム
地域の医療従事者	病院ホームページに紹介記事 パンフレットなどの地域医療機関への送付 近隣病院へ出向いて緩和ケアの相談、講演

表4 千葉県がんセンター精神腫瘍科診療実績
(初診患者 376 名；2009 年度)

	件数 (%)
外来/入院	136 (36)/240 (64)
家族の受診	17 (4)
がんセンター外の患者	9 (3)
依頼から介入までの日数	
外来 中央値 0 日 (1 日以上を要した割合 37%)	
入院 中央値 0 日 (1 日以上を要した割合 11%)	
原発部位	
肺	51 (14)
乳腺	45 (12)
子宮・卵巣	29 (8)
がん治療状況	
精査・経過観察中	58 (16)
がん治療中	225 (63)
抗がん治療中止後	71 (20)
その他	5 (1)
精神医学的診断	
適応障害	91 (24)
せん妄	88 (23)
大うつ病	61 (16)
診断なし	43 (11)

応を含む反応性の不安、抑うつ症状の対応、せん妄であることがわかる¹⁾。

精神症状に対するコンサルテーションのみならず、骨髄移植など侵襲が大きい治療を受ける患者の事前精神医学的リスク評価や予防介入、がん治療拒否時などの同意能力評価と意思決定支援、元々精神疾患を有する患者のがん治療支援、精神科病院への転院評価などの役割を担った。

3. がんセンターにおける精神腫瘍学の教育

精神腫瘍科スタッフへの教育活動として、がんセンターの TV 会議ネットワークを使った多点症例検討会に参加した。これは人数が少なく一人医長などが多くなりがちな精神腫瘍科医や心理士が多施設から参加して行う症例検討であり、現在全国から 10 施設程度が定期的に参加している。また院内スタッフ向けに各種の勉強会 (2009 年度は「精神腫瘍科とは」「心理士の役割」「せん妄」「がん患者支援で知っておきたい認知症の基礎知識」)、初期研修医の研修受け入れを行った。

地域医療従事者への教育活動としては、緩和ケア医に協力して緩和ケア研修会の運営を行った。緩和ケア研修会とは、がん対策推進基本計画に基づき、全てのがん医療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目的にして厚生労働省が推進する事業であり、がん診療連携拠点病院は毎年最低 1 回の開催が義務づけられている。2 日間 8 単位の研修内容のうち 3 単位 (精神症状、コミュニケーションスキル) は指導者のための研修プログラムを終了した精神科医などが担当する必要がある。今年度から緩和ケア研修会の修了がいくつかの保険診療の条件となったことから、参加者の増加が予想され、これによるがん治療医の精神症状緩和技術の向上が期待されている。なお、緩和ケア研修会の指導者研修会は、日本緩和医療学会に日本サイコオンコロジー学会が協力して毎年数回行われているものであり、研修としてのみならず精神腫瘍学に携わる医師のネットワーク作りにも役立っている。精神腫瘍学に携わる医師、これから携わろうとしている精神科医には是非参加していただきたい (日本緩和医療学会医師に対する緩和ケア教育プログラム <http://www.jspm-peace.jp/>)。

4. 考 察

前述の様に、がん領域から精神科には反応性の精神症状への対応やコミュニケーションスキル教育などが期待されている。一方でがん領域の医療者は精神科医と心理士の役割の違いもよくわかっていないなど、精神医療の実状を知らないままでの期待に過ぎないという側面もある。精神科医サイドには、精神腫瘍学は中心領域でないため興味をもった精神科医が少ない、がん治療病院に常勤精神科医が不十分である、精神科の本来業務が多忙でコンサルテーションや緩和ケアチーム活動に時間を割けないなどの事情も珍しくない。精神科医ががん医療との連携に関心を持ち、精神科医とがん治療医が互いの立場の理解をすすめながら連携体制を作っていくことが望まれる。

一般に少ない人的資源で総合病院精神科を運営

するためには、広く拡散しがちな業務から重要で不可欠な業務を絞り込むことが必要となるが、もともと診療機能が強く絞り込まれているがんセンターでは、病院機能の中で他部門に認知され、多角的に活動範囲を広げていくことが必要である。またがん領域は最大の死因であることから、診療モデルの構築など国策が反映されやすい領域である。拠点病院への医療資源集約と地域連携が現在のがん医療体制の方針であり、地域保健など精神医学領域の知見が反映できる部分も増えてきている。がん医療と精神医学が今後作る新しいコラボレーションモデルが、これからの総合病院精神医学モデルの一つとなることを期待している。

文 献

- 1) Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., et al.: Psychiatric disorders in cancer patient: descriptive analysis of 1721 referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*, 31; 188-194, 2001
- 2) National Institute for Clinical Excellence: Psychological support services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Institute for Clinical Excellence, London, p. 74-85, 2004
- 3) 財団法人がん集学的治療研究財団: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—調査結果報告書—。2009

The Role of Psycho-oncology in Cancer Care in Japan

Nobuya AKIZUKI

Department of Psycho-oncology, Chiba Cancer Center

With cancer the leading cause of death in Japan since 1981, the cancer care medical system is a critical issue. Psycho-oncology is expected to play an important role in cancer care. The “Basic Plan to Promote Cancer Control Programs” was launched in 2007 under the Cancer Control Act, and it noted the need to increase the number of psycho-oncologists in order to promote palliative care in the early phases of cancer treatment. Additionally, guidelines for new cancer care systems incorporating psychiatrists were established; these guidelines included provisions stipulating that designated cancer care hospitals should have psychiatry departments, and that palliative care teams including psychiatrists were to be covered by insurance.

This report describes the first year of operation of the newly established psycho-oncology department at the Chiba Cancer Center. The primary clinical activities of the psycho-oncology department comprise psychiatric consultations for inpatients and psychiatric care for outpatients with cancer and their family caregivers; there is no psychiatric ward. More than half of referred patient were diagnosed with adjustment disorders, major depression, or normal reactions. These patients required support in connection with the psychological adjustment to cancer distress or rehabilitation.

The education and training of hospital staff and community medical staff is another role for psycho-oncology. In one palliative care training program, a psycho-oncologist directed the psychological symptoms management module and medical communications module.

Psychiatrists at cancer centers or designated cancer care hospitals are expected to play multiple roles in the care of cancer patients and their families. They are occasionally unable to meet these expectations, however, due to a lack of understanding by hospital administrators, lack of time to spend on activities other than standard psychiatric services, and, in the case of some psychiatrists, a lack of interest in cancer care. It is important to develop a realistic and effective medical model of cancer care that includes psychiatrists. Training psychiatrists in psycho-oncology is also an important issue.

<Author's abstract>

<**Key words**: psycho-oncology, designated cancer care hospital, palliative care training program, palliative care team>
