

表3 がん医療に関わる医師のバーンアウトに関連する要因(海外)

	情緒的消耗	脱人格化	個人的達成感の減退
過重な労働	3.8 (2.6-5.6)**	2.3 (1.5-3.5)**	
患者の苦痛	1.6 (1.2-2.2)**	2.0 (1.3-2.9)**	
治療の失敗			1.5 (1.1-2.0)*
患者・家族への適切な対応			
専門性の維持		0.4 (0.3-0.6)**	0.4 (0.3-0.7)**
環境の充実	0.6 (0.4-0.8)*		0.7 (0.5-0.8)**

Relative Risk (95% confidence interval), \*  $P < 0.01$ , \*\*  $P < 0.001$ (文献<sup>14)</sup>より引用)

実施し、結果を比較している。その結果、情緒的消耗が高い医師の割合は32%から41%、精神健康障害を示した割合が27%から32%と増大傾向にあると報告している<sup>12)</sup>。

## 2. 関連要因

バーンアウト研究では、バーンアウトに関連する要因は一般的に2つに分類されている。1つは個人的要因であり、たとえば若年、女性、未婚、高学歴、神経症やタイプA型といった性格傾向、などである。もう1つは環境的要因であり、過重な労働、感情労働、時間切迫感、役割のあいまいさ、仕事内容への高い要求水準、などがあげられている<sup>13)</sup>。

また、がん医療に関わる医師を対象としたバーンアウト研究では、Ramirezらが環境的要因を仕事ストレス要因と仕事満足要因の2つに分けてオリジナルの質問項目を作成している。それによると、がん医療における仕事ストレス要因は、①過重な労働とそれによる家庭生活への支障、②組織内での責任や不一致、③患者の苦痛への対処、④治療の副作用や失敗に巻き込まれること、に分類され、仕事満足要因は、①患者や家族への適切な対応、②専門性の維持(地位、尊敬)、③知的な刺激、④環境の充実(同僚、施設、収入)、に分類されている<sup>14)</sup>。それらの環境的要因とバーンアウトの関連を検討した結果、MBIの3つの下位概念ごとに関連する要因が異なることが示された(表3)。

## 日本におけるバーンアウトの実態

### 1. 有症率

われわれは、日本のがん医療に関わる医師のバーンアウトの実態に関して、終末期ケアに関

わる医師を対象にバーンアウトと精神健康障害の有症率を同定し、さらにいくつかの終末期ケアに関する項目を関連要因として同定した<sup>15)</sup>。

調査対象は全国がん(成人病)センター協議会施設、または全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会施設に勤務する医師1,436名のうち、適格基準(治療の主たる責任者である常勤医かつ臨床経験をもつ医師)を満たした1,404名とした。個人属性(年齢、がん医療経験年数、性別、勤務先:がん専門施設または緩和ケア病棟)、MBI<sup>16)</sup>、GHQ-12のほか以下の項目への回答を求めた。過去1年間で緩和ケアに費やした時間の割合、余命6か月以内の患者の割合、死亡患者数、および終末期ケアへの自信10項目(身体的ケア5項目:知識、技術、教育、援助、予後予測、精神的ケア5項目:不安・抑うつ評価、知識と技術、援助、意思決定能力評価、患者とのコミュニケーション)。バーンアウトの有症率は、先行研究と同じカットオフ値を用いて同定した(情緒的消耗27/54点以上、脱人格化10/30点以上、個人的達成感の減退33/48点以下)。また精神健康障害は、GHQ-12の日本人を対象とした際のカットオフ値である4/12点以上を採用した<sup>17)</sup>。さらに関連要因は、バーンアウトの下位概念得点を従属変数として多変量解析を行った。

その結果、697名から回答が得られ、回答率は50%であった。回答者の平均年齢は45歳、がん医療経験年数は平均16年、92%が男性、がん専門施設の勤務医が80%であった。有症率はバーンアウトの情緒的消耗が22%、脱人格化が11%、個人的達成感の減退が62%であった。バーンアウト有症率の結果を海外の先行研究と比較すると、個人的達成感の減退のみが他と比較して高

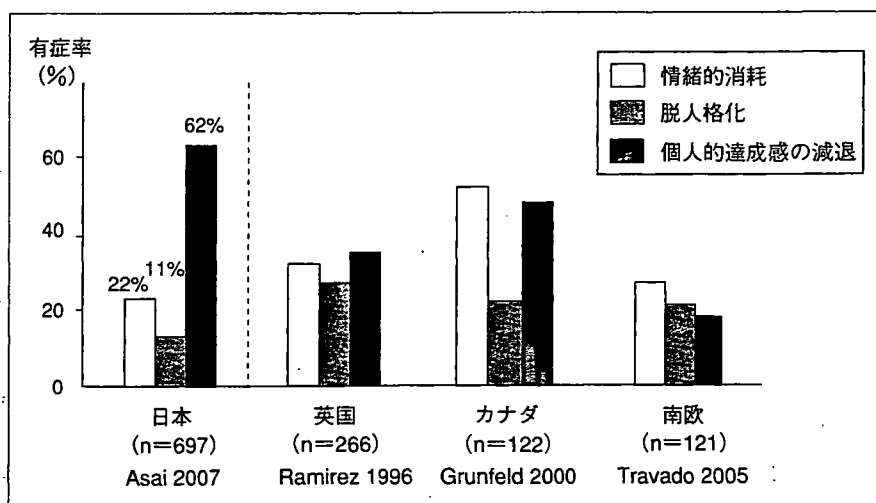


図1 バーンアウト有症率(日本)

表4 バーンアウト得点(日本)

下位概念	項目	平均値±標準偏差	中央値
情緒的消耗	一日の仕事が終わると疲れはててぐったりすると感じる	3.3±1.7	3.0
	働きすぎだと感じる	3.1±2.1	3.0
	仕事で心身ともがっかり疲れていると感じる	2.9±1.7	3.0
脱人格化	患者を“物”のように扱っていると感じる	1.1±1.5	1.0
	患者が自分の問題を私のせいにしていて感じる	1.1±1.3	1.0
個人的達成感	元気一杯であると感じる	2.8±1.9	3.0
	仕事を通して他の人々に良い影響を与えていると感じる	3.0±1.9	3.0
	この仕事の中でやりがいのあることをたくさんしてきた	3.5±1.8	3.0

〔注意1〕各項の得点は頻度に関する0～6点までの7件法

個人的達成感とは逆転項目(低得点ほど高いバーンアウトを示す)

0: ない, 1: 1年に数回, 2: 1か月に1回, 3: 1か月に数回, 4: 1週間に1回, 5: 1週間に数回, 6: 毎日

〔注意2〕MBI項目内容は原稿の著作権を所有する出版社(CPP)との契約(Permission Number 15478)により部分掲載。各下位概念の中で、高いバーンアウトを示した項目を抜粋。

いことがわかる。一方、精神健康障害は20%であり、日本の一般人口における16.5%という報告<sup>18)</sup>と比較して、ほぼ同等の結果であった(図1)。

また、表4はバーンアウト評価尺度であるMBI項目の中から高いバーンアウトを示した項目を抜粋して得点を示した。これを見ると調査対象となった医師の実態を把握しやすい。今回の調査では個人的達成感の低さが特徴的であったが、「元気一杯であると感じる」、「仕事を通して他の人々に良い影響を与えていると感じる」、「この仕事の中でやりがいのあることをたくさんしてきた」などの項目は、日本人が高い得点を付けづらい表現であった可能性も考えられる。

## 2. 関連要因

高いバーンアウトと関連する要因としては、女性であることや過去1年間の死亡患者数が多いことが個人的達成感の減退に有意に関連した。逆に低いバーンアウトと関連する要因としては、勤務先が緩和ケア病棟であることは情緒的消耗の低さに、また医師の自信が個人的達成感に、それぞれ有意に関連した。さらに患者とのコミュニケーションに対する医師の自信は、バーンアウトのすべての下位尺度に有意に関連した。ただし横断研究であるために、因果関係に関しての言及はできない。すなわち医師の自信の低さと高いバーンアウトは同じ現象を別の局面から

表5 バーンアウトに関連する要因(日本)

		情緒的消耗 β	脱人格化 β	個人的達成感 β
終末期 ケア 項目 に 関 する	女性			-0.08*
	緩和ケア病棟	-0.13*		
	患者死亡数が多い			-0.13*
	症状緩和に関して援助が受けられる			0.16**
	患者の不安・抑うつ評価ができる			0.17**
	患者の意思決定能力評価ができる			0.13*
	患者とのコミュニケーションに十分な時間が取れる	-0.16**	-0.23**	0.10*
R <sup>2</sup> (adjusted)		0.04	0.07	0.18

有意な関連を示した項目を抜粋(n=697), \*P<0.05, \*\*P<0.01 (文献<sup>15)</sup>より引用)

表6 バーンアウトの関連要因(日本)

精神症状	精神的治療		P
	選択する	選択しない	
抑うつ	28.5±11.0	26.7±11.4	0.04
意識障害	28.5±11.6	26.9±11.1	0.04

医師の個人的達成感得点と終末期患者(仮想症例)の精神症状に対する精神的治療選択の有無 Mean±S.D.(n=697) (文献<sup>19)</sup>より引用)

示した結果とも言える(表5)。

Moritaらは、上記と同じ対象者による調査で、医師のバーンアウトが治療選択における医師の態度に関連することを報告している<sup>19)</sup>。この調査では終末期患者の仮想症例をシナリオで提示し、抑うつと意識障害といった終末期においても治療可能な精神症状に対して、精神的治療を選択するか否かの回答を求めた。その結果、表6に示したように、精神的治療を選択しないと回答した人のほうが、バーンアウトの個人的達成感の得点が低く、高いバーンアウトを示す傾向が示された。このことから、医師のバーンアウトが治療選択に影響する可能性が示され、バーンアウト対策の必要性が示唆された。

### バーンアウトへの対策

医師のバーンアウトへの対策としては、コミュニケーション技能訓練が不十分であると感じている医師は高いバーンアウトを示すことが報告され<sup>14)</sup>、コミュニケーション技能訓練の実施が推奨されている<sup>20)</sup>。

Fujimoriらは、コミュニケーション技能訓練に

参加したがん専門医を対象に、訓練実施前と実施3か月後のバーンアウトを評価した<sup>21)</sup>。その結果、脱人格化と個人的達成感に変化せず、情緒的消耗は増大する傾向がみられた。また実施3か月後に情緒的消耗を増大させる予測因子として、実施前の時点で「相談相手がいない」、「情緒的消耗が高得点である」ことが示された。この結果からだけでコミュニケーション技能訓練のバーンアウトへの影響を結論づけることは難しいものの、バーンアウトが増大する危険性のある者に対するフォローアップや、バーンアウトの評価時期は今後の検討課題であることがわかった。

医師のバーンアウトへの介入としては、米国でレジデントを対象とした無作為化比較試験によりストレスマネジメントによる情緒的消耗の減少効果が報告されているものの<sup>22)</sup>、有効な介入方法に関する知見は乏しい。今後はコミュニケーション技能訓練といった医師への個人的介入のみならず、専門医へのコンサルテーションシステムの充実など、担当医が一人で問題を抱え込まないような病院全体での組織的介入も検討する必要があると思われる。そしてがん医療に関わる医師は、誰もがバーンアウトする可能性があることを自覚し、自分自身の行動を振り返ることも大切である。

### おわりに

がん医療に関わる医師のバーンアウト研究では、これまでに有症率や関連要因が同定された。また医師のバーンアウトは患者ケアに影響する可能性も示唆された。その一方で、バーンアウト

ト対策として有効な介入方法に関する知見が少なく、今後の課題と言える。

### 文 献

- 1) Caplan G. Mastery of stress : psychosocial aspects. *Am J Psychiatry* 1981 ; 138 : 413-20.
- 2) Spikes J, Holland JC. The physician's response to the dying patient. In : Strain JJ, Grossman S, editors. *Psychological care of the medically ill*. New York : Appleton-Crofts Publishers ; 1975. p. 138-48.
- 3) Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology*. New York : Oxford University Press ; 1990.
- 4) Mount BM. Dealing with our losses. *J Clin Oncol* 1986 ; 4 : 1127-34.
- 5) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981 ; 2 : 99-113.
- 6) Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. CA, Palo Alto : Consulting Psychologists Press ; 1996.
- 7) Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep* 1995 ; 76 : 1083-90.
- 8) Travado L, Grassi L, Gil F, et al. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians : The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology* 2005 ; 14 : 661-70.
- 9) Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario : prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000 ; 163 : 166-9.
- 10) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996 ; 347 : 724-8.
- 11) Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology : results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991 ; 9 : 1916-20.
- 12) Taylor C, Graham J, Potts HW, et al. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005 ; 366 : 742-4.
- 13) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001 ; 52 : 397-422.
- 14) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995 ; 71 : 1263-9.
- 15) Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients : a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 2007 ; 16 : 421-8.
- 16) Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, et al. The development of the Japanese version of the Maslach Burnout Inventory and the examination of the factor structure. *Nippon Eiseigaku Zasshi* 1998 ; 53 : 447-55.
- 17) Honda S, Shibata Y, Nakane Y. Screening of mental disorder using 12 item General Health Questionnaire. *Kousei-no-shihyou* 2001 ; 48 : 5-10.
- 18) Nakane Y, Tazaki M, Miyaoka E. WHOQOL-BREF Survey of General Population. *Iryou-to-shakai* 1999 ; 9 : 123-31.
- 19) Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation : a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002 ; 20 : 758-64.
- 20) Armstrong J, Holland J. Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *Oncology (Williston Park)* 2004 ; 18 : 363-8 ; discussion 373-5.
- 21) Fujimori M, Oba A, Koike M, et al. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *J Cancer Educ* 2003 ; 18 : 194-201.
- 22) McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med* 1991 ; 151 : 2273-7.

\* \* \*

原 著

特集◎コンサルテーション・リエゾン精神医学：産婦人科との連携

Original article

## 婦人科がんにおける心理的問題と精神疾患

清水 研\*1 梅澤 志乃\*2 藤井 光恵\*1 和田真理子\*1  
水野明日香\*1 中野 智仁\*1,3 秋月 伸哉\*4,5 内富 庸介\*4,5

【要約】 婦人科がん罹患に伴い、生命の危機、女性性の喪失など、様々なストレスに患者は直面するが、合併する精神疾患に関してまだ十分には明らかになっていない。今回われわれは、わが国の婦人科がん患者の精神疾患に関する予備的な知見を得ることを目的とし、国立がんセンター中央病院の婦人科がん患者で精神科紹介となる患者の精神疾患の実態を調査した。精神科紹介となった婦人科がん患者219名のうち、合併した精神疾患は適応障害 (95名;43.4%)、大うつ病 (35名;16.0%)、せん妄 (22名;10.0%) の順で多かった。大うつ病、適応障害の診断に該当した者130名の関連要因について、婦人科がん以外のがん種の患者と比較したところ、年齢、婚姻状況、職業、教育歴、痛み、performance statusに関しては明らかな差を認めず、婦人科がん患者に早期がん患者の割合が有意に高かった。婦人科がん患者に対しては、身体・社会面に十分配慮しつつ、早期からの適応障害、大うつ病の合併を念頭に置いたケアを行うことが求められる。

### 序 言

婦人科がんは、女性において非常に頻度の高いがん種であり、治療の進歩にもかかわらず、未だ予後は良いとはいえない。わが国の統計によれば、毎年45,000人を超える女性が婦人科がん罹患し、10,000人以上が死という転機をたどることか

ら、依然として生命を脅かす疾患と考えられている<sup>1,2)</sup>。また、婦人科がんは最近の治療の進歩により、手術療法のみならず、化学療法や放射線療法を組み合わせた集学的な治療が行われるようになったが、疾患の経過や、治療の影響で閉経、不妊、性機能障害などが出現し、患者は様々な女性性の喪失に伴う葛藤に直面させられる<sup>3)</sup>。

このように、婦人科がん罹患に伴う心理的ストレスは大きいことが予想され、婦人科がん患者を対象とした精神疾患、精神症状の有病率に関する調査が過去にいくつか行われている (Table 1)<sup>4-10)</sup>。他のがん種<sup>11-14)</sup>と同様に大うつ病、適応障害の有病率が高く、時に不安障害の合併があることが明らかになっている。抑うつの有病率は約20~30%という結果が比較的多数であるが、いずれの調査も対象者数が大きいとは言えず、評価法、対象が異なるため、乳がんなど、他の代表的なが

キーワード：婦人科がん、がん、精神疾患、うつ病、適応障害

\*1 国立がんセンター中央病院精神科 (〒104-0045 中央区築地5-1-1)

\*2 国立がんセンター中央病院看護部

\*3 北里研究所病院精神科

\*4 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

\*5 国立がんセンター東病院精神腫瘍科

Table 1. 婦人科がん患者を対象とした精神疾患、精神症状の有病率に関する先行研究

著者 (年)	対象	評価法	結果
Cain (1983)	混合婦人科がん (n = 65)	ハミルトンうつ病評価尺度	軽症抑うつ症状 60% 中等度抑うつ症状 36%
Evans (1986)	子宮頸がん, 子宮体がん, 膣がん (n = 83)	DSM- IIIに基づく診断面接	大うつ病 23% その他の抑うつ性障害 42%
Golden (1991)	混合婦人科がん (n = 65)	DSM- IIIに基づく診断面接	大うつ病 23%
Cull (1993)	子宮頸がん (n = 83)	ベックうつ病評価尺度	抑うつ性障害 33%
Paraskevaidis (1993)	子宮頸がん, 子宮体がん (n = 105)	Hospital Anxiety and Depression Scale	うつ病性障害 4% 不安障害 21%
Cerfolio (1995)	混合婦人科がん (n = 81)	DSM- III-Rに基づく診断面接	大うつ病 13% 適応障害 53% パニック障害 4%
Norton (2004)	卵巣がん (n = 143)	ベックうつ病評価尺度	抑うつ症状 35%

ん種に比べるとその実態が明らかになっているとは言い難い。がん患者に合併する大うつ病、適応障害は、それ自体が苦痛に満ちた精神症状であるのみならず、全般的QOLの低下<sup>15)</sup>、自殺<sup>16)</sup>、積極的抗がん治療のコンプライアンス低下<sup>17)</sup>、家族の負担<sup>18)</sup>、入院期間の延長<sup>19)</sup>など様々な悪影響を及ぼすことがわかっており、婦人科がんにおいても、その実態をさらに明らかにしていく努力が重要である。

わが国の婦人科がん患者における心理的な研究に関しては、コーピング、QOL、不安症状、抑うつ症状に関するものが存在するが<sup>20-22)</sup>、精神疾患そのものに焦点を当てたものはほとんど存在しない<sup>23)</sup>。よって今回われわれは、わが国の婦人科がん患者の精神疾患に関する予備的な知見を得るため、国立がんセンター精神科コンサルテーションデータベースを解析し、がん専門病院において精神科紹介となる婦人科がん患者の精神疾患の実態を調査した。また、婦人科がんの大うつ病、適応障害の特徴を明らかにするために、他のがん種と関連要因の比較を探索的に行った。

#### 方法および対象

1998年1月から2005年12月に至るまで、婦人科がん(卵巣がん, 子宮がん, 膣がん, 生殖器がん)に罹患し、国立がんセンター中央病院精神科

に紹介となった全患者を対象とし、国立がんセンターコンサルテーションデータベースより抽出した。国立がんセンターの診療部門は中央病院と東病院の2カ所存在するが、婦人科がんに関しては主に中央病院にて診療が行われているため、今回の調査では中央病院の患者のみを対象とした。

対象となった患者の背景、合併している精神疾患を記述的に評価した。また、対象のうち大うつ病、適応障害の診断に該当したものの関連要因について、同時期に国立がんセンター中央病院精神科に紹介された女性患者で、大うつ病、適応障害と診断された婦人科がん以外のがん種の患者と、連続変数に関してはt検定、カテゴリ変数に関しては $\chi^2$ 検定を用いて統計的に比較を行った。

本研究は実際の臨床実践にて得られたデータの後方視的な解析であり、患者の同意、および倫理委員会の承認は必要ないと考えた。患者の匿名化、個人情報の保護に関しては十分な配慮を行った。

国立がんセンターコンサルテーションデータベース<sup>24)</sup>

国立がんセンター中央病院・東病院では、全精神科紹介患者に関する実地臨床上で得られる情報を、1998年1月以降、蓄積している。患者情報(年齢, 性, 教育歴, 婚姻状況, 就労状況), 医学的情報(がん種, 病期, 転移の有無, Eastern Cooperative

Table 2. 精神科紹介となった婦人科がん患者の背景

女性 (%)	219 (100)	
年齢 (平均±標準偏差)	52.2 ± 13.0	
入院/外来	145 (66.2) / 74 (33.8)	
配偶者	有	139 (63.5)
	無	76 (34.7)
	不明	4 (1.8)
職業	有職 (フルタイム)	41 (18.7)
	主婦	113 (51.6)
	その他	59 (27.0)
	不明	6 (2.7)
教育歴	中学・高校	119 (54.3)
	短大・大学・大学院	50 (22.8)
	不明	50 (22.8)
病期	I～III	74 (33.8)
	IV期, 再発	122 (55.7)
	不明	23 (10.5)
痛み	無	106 (48.4)
	有	105 (47.9)
	不明	8 (3.6)
Performance status	0～1	129 (58.9)
	2～4	89 (40.7)
	不明	1 (0.5)

(n = 219)

Oncology Group の基準による performance status, 痛みの状態), 精神科紹介理由, DSM-IV に基づいた臨床診断, 治療法 (薬物療法, 精神療法) を精神科初診時にマークシートに記載し, カードリーダーで読み込み, コンピュータにてデータベース管理を行っている。

## 結 果

調査期間中に婦人科がん患者は合計 219 名であり, 患者背景を Table 2 に, 合併した精神疾患を Table 3 に示した。対象患者中で最も多く合併した精神疾患は適応障害 (95 名; 43.4%), 2 番目が大うつ病 (35 名; 16.0%) であり, 大うつ病, 適応障害を合わせると 130 名, 全体の 59.4% を占めた。適応障害の主症状タイプとして, 不安を主訴とするものが最も多く, ついで不安・抑うつとの混合であった。大うつ病のほとんどが単一エピソードであり, がん罹患後に初めて大うつ病エピソード

Table 3. 精神科紹介となった婦人科がん患者の精神科診断

適応障害	95 (43.4)
抑うつ	4 (1.9)
不安	45 (20.5)
不安・抑うつとの混合	43 (19.6)
その他	3 (1.4)
大うつ病	35 (16.0)
単一エピソード/反復性	26 (11.9) / 9 (4.1)
軽症	13 (5.9)
中等症～重症	15 (6.8)
部分寛解	7 (3.2)
せん妄	22 (10.0)
活動型	7 (3.2)
不活動型	6 (2.7)
混合型	9 (4.1)
不安障害	5 (2.3)
睡眠障害	6 (2.7)
その他の精神科診断	42 (19.2)
精神科診断無し	14 (6.4)

(n = 219)

ドが出現したものである。せん妄 (22 名; 10.0%) が 3 番目に多く, 活動性の症状を伴うものが多数であった。219 名のうち, 166 名 (75.8%) に何らかの薬物療法, 183 名 (83.6%) に精神療法が施行されていた。

調査期間中に, 国立がんセンター中央病院精神科に紹介された婦人科がん以外のがん種の女性患者で, 大うつ病と診断されたものは 238 名, 適応障害と診断された患者は 981 名, 合計 1,219 名存在した。婦人科がん患者と, それ以外のがん種における適応障害, 大うつ病患者の関連要因の比較を Table 4 に示す。検討した関連要因のうち, 年齢, 婚姻状況, 職業, 教育歴, 痛み, performance status に関して, 両群間に明らかな差を認めなかった。病期に関しては, 婦人科がん患者群のほうが早期がん患者の割合が有意に多かった。

## 考 察

国立がんセンター中央病院において, 精神科紹介となる婦人科がん患者の精神疾患としては, 適応障害, 大うつ病が多く, 併せて全体の 6 割に該

Table 4. 大うつ病、適応障害の背景比較

	婦人科がん (n = 130)	婦人科がん以外 (n = 1,219)	P
年齢	50.7 ± 13.2	52.3 ± 13.7	0.212
配偶者			0.51
有	88 (67.7)	813 (66.7)	
無	41 (31.5)	373 (30.6)	
不明	1 (0.8)	33 (2.7)	
職業			0.92
有職 (フルタイム)	26 (20.0)	238 (19.6)	
主婦	70 (53.8)	671 (55.0)	
その他	32 (24.6)	276 (22.6)	
不明	2 (1.5)	34 (2.8)	
教育歴			0.68
中学・高校	74 (56.9)	644 (52.8)	
短大・大学・大学院	37 (28.5)	358 (29.4)	
不明	19 (14.6)	217 (17.8)	
病期			0.003
I～III	43 (33.1)	204 (16.7)	
IV期, 再発	79 (60.8)	683 (56.0)	
不明	8 (6.2)	332 (27.2)	
痛み			0.41
無	68 (52.3)	682 (55.9)	
有	61 (46.9)	518 (42.5)	
不明	1 (0.8)	19 (1.6)	
Performance status			0.28
0～1	81 (62.3)	813 (66.7)	
2～4	49 (37.7)	400 (32.8)	
不明	0 (0)	6 (0.5)	

当した。その次にせん妄が多く、全体の1割を占め、不安障害を合併する患者も一部存在することが明らかになった。田中ら<sup>23)</sup>は精神科医師との協同診療を行った婦人科悪性腫瘍37例について、そのうち11例が適応障害、3例が大うつ病性障害であったと報告しているが、適応障害、大うつ病が多いという点で、われわれの結果と一致する。抑うつを主症状とする精神症状が最も多く、一部せん妄が存在するという点では、他のがん種における精神症状の有病率調査と同じ傾向であり<sup>11-14)</sup>、著しく異なる点は認められなかった。

大うつ病、適応障害の関連要因に関する検討に関して、年齢、婚姻状況、職業、教育歴、痛み、performance statusに関して他のがん種と大きな差異は認めなかった。がん患者の大うつ病、適応障害に関して、若年であることや、サポートなどの社

会的要因、痛み、performance statusなどの身体的要因が関与していることが示唆されており<sup>12-14)</sup>、婦人科がん患者に関しても、これらの関連要因に十分配慮しつつ対応することが求められる。

関連要因のなかで、病期に関しては統計学的に有意な差を認め、婦人科がん患者のほうが、早期がん患者の割合が高かった。今回の調査は精神科紹介となった患者を対象としたものであるため、本結果の解釈には慎重を要するが、婦人科がん患者の場合は、抗がん治療に伴う女性性の喪失に伴う問題に直面することから、早期から適応障害や大うつ病などの精神症状を呈する傾向があるのかもしれない。

本研究はいくつか手法上の問題点が存在する。第一に、単施設の臨床経験の後方視的な検討であるため、施設固有性の影響や、患者選択のバイア



スが存在する。このため、本研究結果を一般化する際には慎重な検討を要する。第二に、本研究で用いた精神疾患の評価法はDSM-IVに基づいた臨床診断であり、半構造化面接に比べるとその信頼性、妥当性に問題点が残る。第三に、適応障害、大うつ病の関連要因の検討に関しては、データベース上で得られる要因を探索的に解析したものであり、一部検討できなかった要因も存在する。

## 結 語

精神科に紹介された婦人科がん患者に合併する精神疾患は、他のがん種における先行研究と同様、適応障害、大うつ病、せん妄の順で多かった。適応障害、大うつ病の背景要因に関しても、他のがん種と大きな差異を認めなかったが、婦人科がん患者の場合は早期がん患者の割合が高かった。婦人科がん患者に対しては、身体的、社会的な要因に十分配慮しつつ、早期から十分な精神的ケアを行うことが求められる。本研究はいくつか手法上の問題点があるものの、わが国の婦人科がん患者の精神疾患に関する、予備的な知見であると考えられる。

## 文 献

- 1) 人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部): 人口動態統計態統計によるがん死亡データ(1958年~2004)。国立がんセンターがん対策情報センター, 東京, 2006
- 2) 地域がん登録全国推計値: 地域がん登録全国推計によるがん罹患データ(1975年~2000年)。国立がんセンターがん対策情報センター, 東京, 2006
- 3) Auchincloss SS, McCartney CF: Gynecologic Cancer. In *Psycho-Oncology*. Holland JC. Oxford, New York, 359-379, 1998
- 4) Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB, et al: Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry* 143: 447-452, 1986
- 5) Golden RN, McCartney CF, Haggerty JJ, et al: The detection of depression by patient self-report in women with gynecologic cancer. *Int J Psychiatry Med* 21: 17-27, 1991
- 6) Cull A, Cowie VJ, Farquharson DI, et al: Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br J Cancer* 68: 1216-1220, 1993
- 7) Cerfolio N: Psychiatric liaison to gynecological oncology. *Psycho-Oncol* 4: 143-147, 1995
- 8) Cain E, Kohorn E, Quinlan D, et al: Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecological cancer. *Obstet Gynecol* 62: 635-641, 1983
- 9) Paraskevaidis E, Kitchener HC, Walker LG: Doctor patient communication and subsequent mental health in women with gynecological cancer. *Psycho-Oncology* 2: 195-200, 1993
- 10) Norton TR, Manne SL, Rubin S, et al: Prevalence and Predictors of Psychological Distress Among Women With Ovarian Cancer. *J Clin Oncol* 22:919-926, 2004
- 11) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983
- 12) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al: Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma; a 3-month follow-up study. *Cancer* 89: 1172-1179, 2000
- 13) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma; a longitudinal study. *Cancer* 92: 2609-2622, 2001
- 14) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22:1957-1965, 2004
- 15) Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al: Depressive symptoms and quality of life in home-care assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 12: 300-307, 1996
- 16) Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-296, 1994
- 17) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356: 1326-1327, 2000
- 18) Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al: A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 55: 72-76, 1985
- 19) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al: Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell trans-

- plantation. *J Clin Oncol* 20 : 1907-1917, 2002
- 20) Matsushita T, Murata H, Matsushima E : Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 61 : 84-93, 2007
- 21) 松下年子, 村田比奈子, 松島英介, 他 : 手術を受ける婦人科腫瘍患者のQOL. *臨床婦人科産科* 59 : 919-925, 2005
- 22) 高松 潔, 佐藤敏彦, 堀川直史 : 子宮頸部上皮内癌に対するレーザー円錐切除術における術前不安と抑うつ の検討— 良性婦人科疾患との比較. *女性心身医学* 11 : 250-257, 2006
- 23) 田中明子, 宮城悦子, 椎名香織, 他 : 婦人科悪性腫瘍患者における精神疾患の病態とその対応. *産婦人科の実際* 51 : 1425-1429, 2002
- 24) 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

受理日 : 2007年4月28日

Abstract

**Psychiatric Disease in Gynecological Cancer Patients**

Ken Shimizu \*<sup>1</sup>, Shino Umezawa \*<sup>2</sup>, Mitsue Fujii \*<sup>1</sup>,  
 Mariko Wada \*<sup>1</sup>, Asuka Mizuno \*<sup>1</sup>, Tomohito Nakano \*<sup>1,3</sup>,  
 Nobuya Akizuki \*<sup>4,5</sup>, Yosuke Uchitomi \*<sup>4,5</sup>

\*<sup>1</sup> *Psychiatry Division, National Cancer Center Hospital,  
 5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan*

\*<sup>2</sup> *National Cancer Center Hospital*

\*<sup>3</sup> *Psychiatry Division, Kitasato Institute Hospital*

\*<sup>4</sup> *Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East*

\*<sup>5</sup> *Psycho-Oncology Division, National Cancer Center Hospital East*

Gynecological neoplasm is a life threatening illness causing patients to confront many losses, especially loses of sexuality. Although it is likely that patients are at risk for psychiatric disorders, its actual condition is not clear, especially in Japanese patients. To obtain preliminary findings, we retrospectively reviewed psychiatric referral cases in a national cancer center in Japan and surveyed disorders which were frequently referred to the center. Among the 219 referred patients, the most frequent disorders were adjustment disorder (n=95; 43.4%), major depression (n=35; 16.0%), and delirium (n=22; 10.0%). We compared those who were diagnosed with adjustment disorders and major depression (n=130), with those from other cancer sites (n=1219). No differences were found in terms of age, marital status, employment status, pain, and performance status, but earlier stage patients were found among gynecological cancer patients. Considering social and physical factors, care should be taken with gynecological cancer patients from early stages.

**Key words :** Gynecological neoplasm, Neoplasm, Psychiatric disorders, Major depressive disorder, Adjustment disorders

## カレント・トピックス

## 緩和ケアについて

小川 朝生\* 内富 庸介\*

## 1. はじめに

「がん対策基本法」が本年4月から施行された。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（以下、基本計画と略す）」も6月にまとめられ、実施に進んでいる。基本計画の策定には、がん患者・家族が委員として参加し、国民の希望が強く反映された。全体目標には、「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。専門分化が進み「がんは診るが患者を診ない」と批判されてきた臨床現場が徐々にではあるが変わりつつある。

基本計画で特記すべき点は、患者・家族の強い意向を反映して、がん患者・家族の精神的苦痛を軽減するための支援体制を整えることが盛り込まれた点である。今後、全国約300カ所のがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが整備されることになる。緩和ケアチームには精神科医の参加も求められており、患者・家族へのリエゾン・コンサルテーションサービスへの期待が大きい。今回、精神科医が主として関わる緩和ケアチームを中心に、緩和ケアの流れをまとめてみた。

## 2. がん医療の現状

がんは、昭和56年（1981年）以来、日本人の死因の第1位を占め、現在では年間約32万人ががん

で亡くなっている。また、「平成17年患者調査」によると、1年間に新たにがんと診断を受ける者が約50万人、治療中の者が約300万人と推計されている。このように、国民の2人に1人はがんを体験し、3人に1人はがんで亡くなる時代を迎えている。また、がんは40歳台、50歳台の死因の30～40%を占めてもおり、働き盛りの世代の疾患としても無視できない。

このような状況の中で、国民はがんに関する様々な情報を求めると同時に、がん医療に対する強い要望も持っている。特に強く求められている課題の一つに、緩和医療の充実が挙げられる。

## 3. 緩和医療とは

緩和医療は、治癒と延命のみを目指した医療に対する反省と人間らしい生を援助することを目指した1960年代のホスピス運動に由来する。Ciely Saundersの他、Robert Twycross, Balfor M. Mountらにより医学的、医療的に研究が積み上げられ、quality of life (QOL) 向上のための疼痛緩和技術の開発（後のWHO方式）や多職種チーム医療の概念が整備された。その後30年を経て、緩和医療という専門領域が形成されるに至った。

WHOは1989年に緩和医療に関する定義をまとめ、「緩和ケアとは、根治を目的とした治療に抵抗性となった病態を呈する患者に対して提供すべき積極的で全人的な治療、ケア」とした<sup>9)</sup>。

2002年には、WHOはさらに一歩進んだ提言を行っている。

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing

Palliative medicine and the palliative care consult team.

\*国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

〔〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1〕

Asao Ogawa, M.D., Ph.D., Yosuke Uchitomi, M.D., Ph.D.: National Cancer Center Hospital East, Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba, 277-8577 Japan.



図1 がん対策基本法の概要 (厚生労働省ホームページがん対策推進協議会報道資料より)

the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.<sup>7,10)</sup>

(緩和ケアは命を脅かす疾患に関連した問題に直面した患者と家族のQOLを向上させるためのアプローチであり、苦痛を回避し軽減するために早期診断や的確なアセスメント、疼痛や身体的・精神的そしてスピリチュアルな問題に対する関わりを通して提供される)

大きく変更された点は、従来の「根治を目的とした治療に抵抗性となった病態を呈する患者」から「命を脅かす疾患に直面した患者」という点である。まさしく診断がなされたときから、治療と並行して緩和医療が提供されることが求められている。

#### 4. わが国の体制—がん対策基本法とがん対策推進基本計画—

わが国における現状をみると、がん対策基本法が成立した背景には、「がん難民」という言葉に示されるような施設間・地域格差の大きい医療体制に不満を抱き、行動を起こさざるを得なかった患者の存在がある。患者・家族の希望を踏まえて、新法では、

- ①がんに関する専門的、総合的研究の推進、医療技術の向上・普及
- ②がん医療の地域格差の是正
- ③本人の意向を尊重して治療方法が選択されるような医療体制の整備

が基本理念として挙げられている (図1参照)。

基本計画にはがん患者・家族4名が参画した。「がん医療の施設間格差、地域格差があり、標準治療が受けられない、病態に合わせたがん医療を

## がん対策推進基本計画

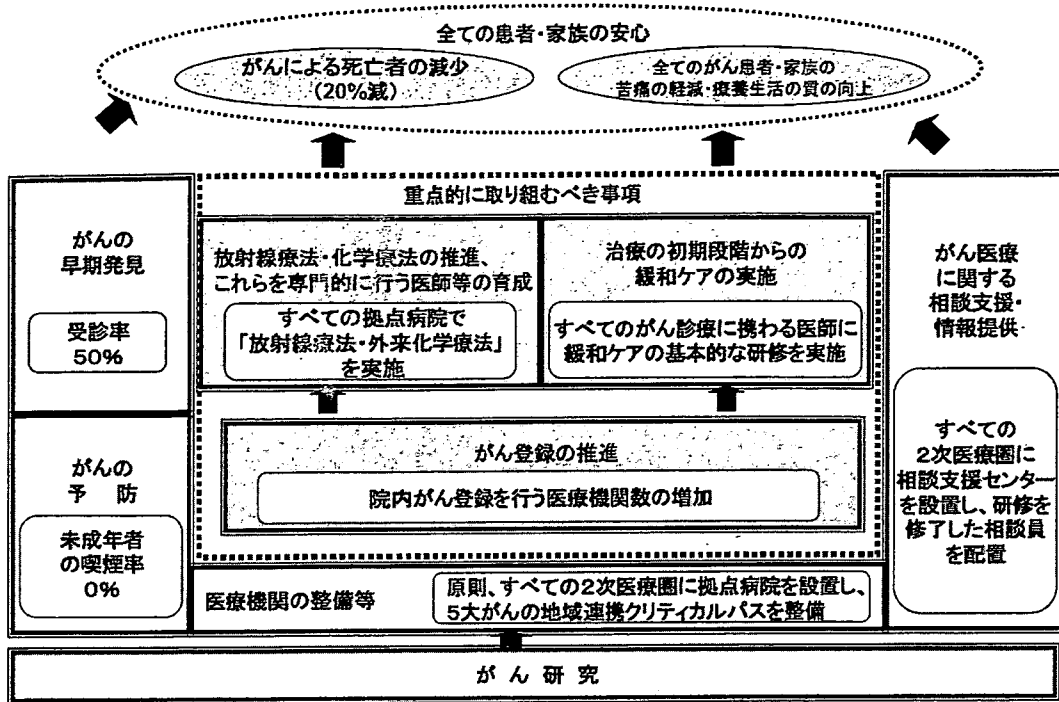


図2 がん対策推進基本計画の概要 (厚生労働省ホームページがん対策推進協議会報道資料より)

受けられない実態が、『がん難民』という社会問題を生じさせた」ことの反省に立ち、「がん患者を含めた国民の視線に立ったがん対策を実施すること」を基本方針に据えている。

基本計画は、2007年6月に策定され、全体目標の2点、

- ①がんの死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
- ②すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

と、10分野の個別目標が設定された (図2, 表1参照)。

今後、同法に基づき、各県が都道府県がん対策推進計画を2007年度中に策定することが定められている。

### 5. 基本計画に掲げられた緩和ケアへの取り組み

基本計画では、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進」するため、取り組むべき施策と

して、

- 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等による地域連携の推進
  - ②精神心理的な苦痛に対するこころのケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供
  - 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
- を挙げている。また予算案でも重点配分されたように、がん医療均てん化の礎となるがん診療連携拠点病院を整備することと緩和ケアチームを育成することが急務となっている。

### 6. 緩和ケアチームとは

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

表1 分野別施策及びその成果や達成度を計るための主な個別目標 (厚生労働省ホームページがん対策推進協議会報道発表資料より)

---

(1) がん医療
①放射線療法及び化学療法推進並びに医療従事者の育成
○すべての拠点病院において放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
○少なくとも都道府県拠点病院及び特定機能病院において放射線療法部門及び化学療法部門を設置【5年以内】
②緩和ケア
○すべてのがん診療に携わる医師が研究等により基本的な知識を習得【10年以内】
③在宅医療
○がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加
④診療ガイドラインの作成
○科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインの作成・更新
(2) 医療機関の整備等 (※セカンドオピニオンの推進も含む)
○原則すべての2次医療圏に概ね1箇所程度拠点病院を整備【3年以内】
○すべての拠点病院において5大がんに関する地域連携クリティカルパス (地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画) を整備【5年以内】
(3) がん医療に関する相談支援及び情報提供
○原則すべての2次医療圏に概ね1箇所程度相談支援センターを整備【3年以内】
○すべての相談支援センターにがん対策情報センターによる研修を終了した相談員を配置【5年以内】
(4) がん登録
○院内がん登録を実施している医療機関数の増加
(5) がんの予防
○すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること【3年以内】
○未成年者の喫煙率を0%とすること【3年以内】
○禁煙支援プログラムのさらなる普及【3年以内】
(6) がんの早期発見
○がん健診の受診率を50%以上とすること【5年以内】
(7) がん研究
○がん対策に資する研究をより一層推進

---

て、入院患者の疼痛、倦怠感、呼吸困難等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横断的グループである。

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が全体の3~4%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、一般病棟へ緩和ケアが普及せず症状緩和が一向に進まない問題があった。

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。現在米国では病院の約30%に緩和ケアチームが設置されている。チームの構成は solo practitioner model と full team mo-

del に分けられる。一般には full team model が理想とされ、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働して診療支援にあたる。

チームに要求される知識・技術には、

- ・疼痛、身体症状マネジメント
- ・精神症状マネジメント
- ・患者-医療者間コミュニケーション
- ・ケアの目標に関する難しい決定へ取り組めること
- ・洗練された退院支援を提供できること
- ・悲嘆への援助の準備

がある<sup>2)</sup>。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<sup>5)</sup>。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、入院期間の短縮も報告されている<sup>1,7)</sup>。

#### 7. 緩和ケアチームの構成と精神科医の参加

わが国の緩和ケアチームは、常勤の身体症状緩和医師と常勤精神科医師、専従看護師で構成される。2002年に厚生労働省が緩和ケア診療加算を定め、病院機能評価を受けた施設で上述の専従チームを設置することを条件に、1日につき250点の請求が認められている。

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受け、適切な心理的支援を受けることを保証すべきである」<sup>8)</sup>との反省に立っている。

#### 8. 現状と問題点

しかし、加算がついたとはいっても、医師不足や財政上の問題がある。日本緩和医療学会が2007年2月に集計したところによると、緩和ケアチームを持つ136施設のうち34施設しか診療加算の申請がなされていない。その理由は、専従医師・看護師を配置できない人員上の問題が半数以上であった。

精神科医師の参加を取り巻く状況も厳しい。緩和ケアチーム加算というリエゾン活動に診療報酬がついたとはいえ、人員配置に余裕のない総合病院精神科において、従来の業務に加えて緩和ケアチームの運営に加わる負担は少なくない。ぎりぎりの人数で業務をこなしている状況に、緩和ケアチーム業務が上積みされることで疲弊を招くこと

を危惧する声もある。

また、がん治療が集学的であり、また進歩が急速であることが、がん治療の全容を見渡しにくいものにし、精神科医の負担を大きくする一因にもなっている。2007年3月に国立がんセンター東病院主催で「緩和ケアチーム講習会」が開催された際、精神症状緩和担当医に対して緩和ケアに対する知識・自信についてアンケート調査をしたところ、不安抑うつの評価や向精神薬・精神療法に関して自信があると答えた割合が95%、89%だったのに対して、疼痛緩和知識に自信があると答えたのは15%、疼痛以外の身体症状緩和では10%に留まり、身体症状評価に関しての不安を持ちつつ参画している実態を窺わせた。今後専門領域に応じた緩和医療に関する系統的な学習機会も必要であり、精神科医への体系だった支援体制も必要である。

#### 9. 緩和ケアチームにおける精神科医の役割

精神科医が必要とされる役割は多い(表2参照)。主たる役割は、がん患者の精神症状を適切に評価し、マネジメントすることであることは論を俟たない。がんの治療全般を通して、がん患者の30~40%に何らかの精神医学的診断がつくが、最も多いのは適応障害で、それにうつ病とせん妄が続く<sup>3,9)</sup>。これらの3大精神症状は一般的であるものの、反面、臨床現場では見過ごされることも多く<sup>4)</sup>、早期発見とマネジメントが求められる。また、がん患者に高齢者が多いことから認知症の問題も多い。セルフケア能力の評価や治療拒否などBPSD (behavioral and psychiatric symptoms of dementia) 症状が絡む問題も多く、同意能力評価も課題である。

また、緩和ケアチームは、他の専門職と協働しながらチーム医療を提供する。さらに、チームはコンサルテーション業務であり、主治医や担当看護師を中心としたプライマリチームをサポートする形態をとる。多職種をまとめ、プライマリチームの意向を尊重しつつ、より良質な医療を実現するための援助を提供することは、リエゾン・コンサルテーション独特の難しさがある。身体症状緩和医師や専従看護師などチームの意見をまとめつ

表2 緩和ケアチームにおける精神科医の役割

1. 精神症状への対応に関して
  - 1) せん妄・認知症の評価, マネジメント
  - 2) 不安・抑うつの評価, マネジメント
  - 3) 自殺の危険性の評価, 対応
  - 4) 意思決定に際しての同意能力の評価
  - 5) 向精神薬の使用に関する助言
  - 6) 精神療法の提供
  - 7) 家族への援助
  - 8) 安楽死や自殺補助の要請への対応
  - 9) 患者-医療者間の葛藤の解消
2. 身体症状マネジメント支援
  - 1) 疼痛アセスメント
  - 2) 鎮痛補助薬使用に関する助言
  - 3) 制吐薬使用に関する助言
3. チーム医療に関して
  - 1) 医療スタッフ間の葛藤の解消
  - 2) 医療スタッフのメンタルヘルス維持 (burn out への対応)
  - 3) ケアの目標設定
4. 教育
  - 1) 精神症状に関する医療スタッフへの知識の提供・教育
  - 2) ソーシャルサポートに関する知識の提供・教育

つ、調整を図るコンサルテーション業務に関しては精神科医に一日の長がある。さらにチームが持続して活動するためには、医療スタッフの burn out にも取り組む必要がある。

加えて緩和ケアチームの役割に教育活動があり、せん妄やうつ病など精神症状に関して医療スタッフに教育活動を施すことは重要な役割である。これはむやみな鎮静を抑制する上でも重要である。

チーム医療に関しては、精神科医にとっても参考になる点が多い。従来精神科リエゾン活動と言いつつも、精神科医が単独で診療にあたるケースが多かった。精神科医が緩和ケアチームに積極的に参加することで、他科医師や専従看護師、薬剤師、MSW (医療ソーシャルワーカー) などの多職種との連携を構築しチーム医療を展開することができれば、精神症状のマネジメントに関しても多職種から支援を受けることができ、包括的にケアを提供できる。リエゾン・コンサルテーション

活動についても、精神科医だけで抱え込むことなく、より構造的に発展させることが可能である。

#### 10. 緩和ケアの今後

最後に今後わが国の緩和ケアがどのような方向に進むのか検討する。

基本計画の個別目標の一つに「在宅医療」が掲げられ、拠点病院の指定要件でも、「地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の供給体制を整備すること」が盛り込まれている。今後在宅療養への移行が進めば、緩和ケアの診療連携の構築は、拠点病院を越えて精神科診療所も参加したネットワークの構築が求められるようになる。特に遺族ケアに関しては精神科診療所で加療を受ける場合が多いこと、また看取った場所を避けたい家族の意向に沿えば、生活に密着した医療の展開できる精神科診療所への期待は大きい。

さらに、より大きな流れとして、緩和ケアの拡大が挙げられる。

2004年に WHO Europe は、「緩和ケアを総合的な高齢者保健医療政策に組み込み、受けられるケアの一部として統合する」ことを提案している<sup>9)</sup>。その報告では、高齢者のための緩和ケアが公衆衛生で重要視される理由として、

1. 高齢化
2. 疾病構造の変化
3. 老老介護
4. 保健医療システムへの経済的関与
5. ケアのための環境の範囲

を挙げ、その例として罹患率の高いがん、心不全、認知症を例示している<sup>9)</sup>。特に認知症については、家族の身体的感情的な負担、人格を失っていく過程の苦悩、願望を伝えることができない認知症患者のケアをめぐる倫理的問題があり、現在のホスピスでは十分なケアが提供できる体制にならない。今後、認知症も含んだ高齢者をサポートする体制も求められ、精神科の活動が求められるのは必至である。

#### 11. おわりに

以上のように、緩和医療がホスピスという施設から地域でのケアへ普及・移行しつつあること、



医療連携とチーム医療が必要なことをみると、すでに精神医学が統合失調症の外来治療や認知症における医療福祉連携で取り組んできた道と多くの点で重なる。今後、コンサルテーション活動や在宅連携の場において、精神医学の臨床知が活かせる領域は多岐にわたり、精神科医の役割はさらに重くなる。

がん医療の転換点となる基本法の制定と均てん化が進む緩和ケアについて、背景と現状を、緩和ケアチームを中心にまとめた。がん医療に精神医学が関わることへの国民の期待は大きい。緩和ケアチームという新たなリエゾン分野が発展し、精神医学の臨床知が広く活かされることを願ってやまない。

#### 文 献

- 1) Campbell, M.L. and Guzman, J.A.: Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest*, 123; 266-271, 2003.
- 2) Cintron, A. and Meier, D.E.: The palliative care consult team. In: (eds.), Bruera, E., Higginson, I. J., Ripamonti, C. et al. *Textbook of Palliative Medicine*. Hodder Arnold, London, p.259-265, 2006.
- 3) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249; 751-757, 1983.
- 4) Inouye, S.K., Foreman, M.D., Mion, L.C. et al.: Nurse's recognition of delirium and its symptoms; Comparison of nurse and researcher ratings. *Arch. Intern. Med.*, 161; 2467-2473, 2001.
- 5) 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.
- 6) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (<http://www.nice.org.uk>)
- 7) 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, 2001.
- 8) World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. In: WHO Technical Report Series No.804, 1990.
- 9) World Health Organization Europe: Better Palliative Care for Older People. World Health Organization, Regional office for Europe, Denmark, 2004.
- 10) World Health Organization 2007. Cancer Pain Relief and Palliative Care. (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

和洋雑誌丁四九四

# 緩和医療学

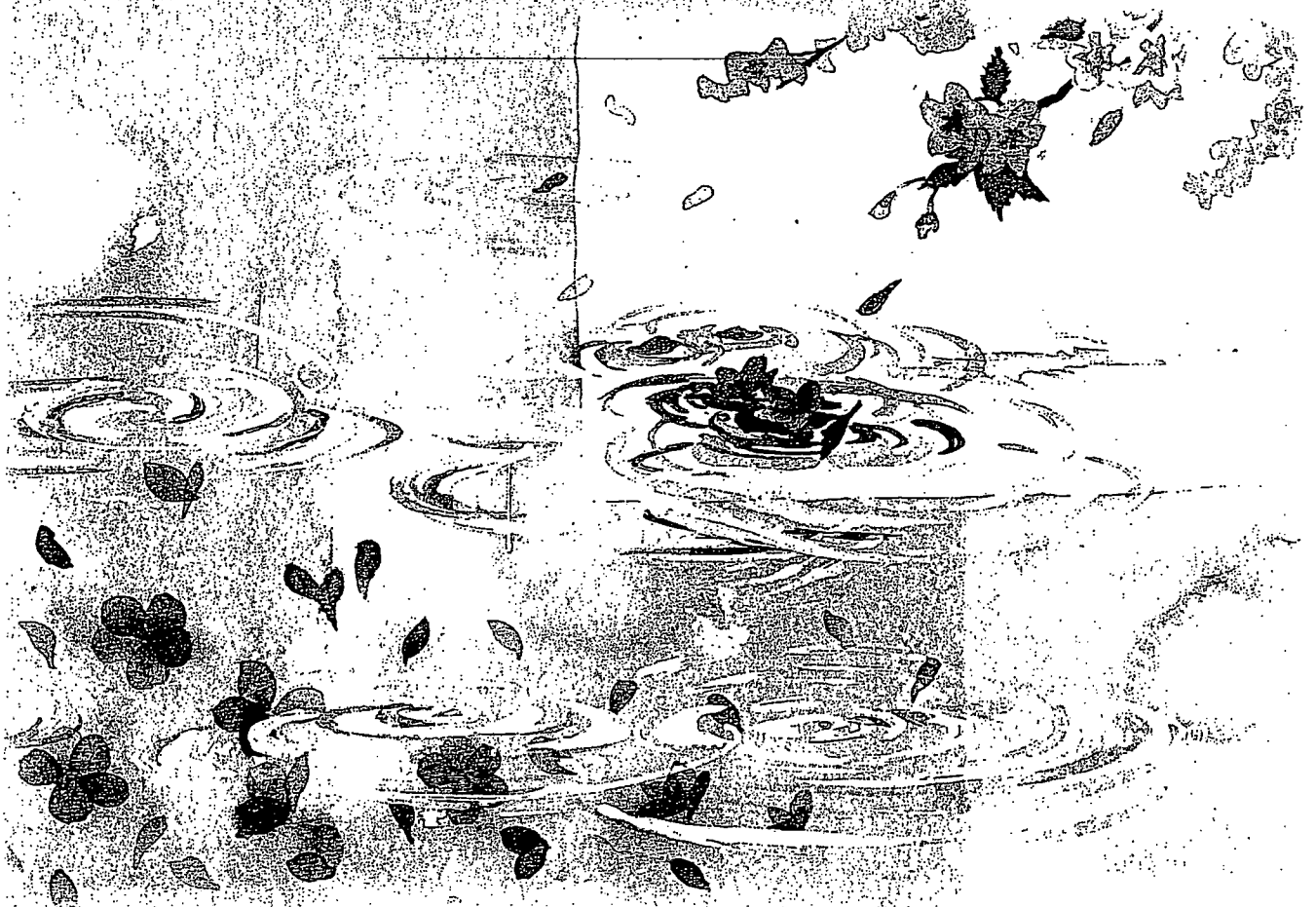
Japanese Journal of Palliative Medicine

vol.9 no.2

2007

先端医学社

特集 ● 緩和ケアにおけるクリニカルパス



Spring

# Breaking Bad News

## —わが国における患者の意向SHAREの紹介—



藤森麻衣子\* 内富庸介\*



Breaking bad newsは患者にとって非常にストレスであり、伝えられる際の医師のコミュニケーション・スタイルが患者のストレスに影響を及ぼす。そこで、breaking bad newsの際のコミュニケーションに関するガイドラインが作成されてきた。しかしながら、これまで医療者の経験則にもとづいて示されてきたため、患者の意向は必ずしも一致しないことから、患者の意向にそったコミュニケーションの実践が望まれる。そこで本稿ではbreaking bad newsの際のコミュニケーションのあり方について、わが国における患者の意向SHARE (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) にもとづいて論じる。

### はじめに

がんは1981年以降わが国の死亡原因の第1位であり、そのためがんは死を連想させる。がん罹患後の自殺率は一般人口とくらべて高く、がん罹患3～5ヵ月では4.3倍にもなる<sup>1)</sup>。このようなことからがんに関連するbad news (悪い知らせ) をどのように伝えるかを考えることは重要である。そこで本稿ではbreaking bad newsの際のコミュニ

ケーションのあり方について、わが国における患者の意向にもとづいて論じる。

### 1. Bad news とは

Bad news (悪い知らせ) は「患者の将来への見通しを根底から否定的にかえてしまう知らせ」と定義されている<sup>2)</sup>。たとえば、交通事故で子供を亡くしたことを親に伝えることや精神疾患の診断名を患者に伝えることなどがあげられる。がん医療においては、難治がんの診断や再発、積極的抗がん治療の中止といった知らせが含まれる<sup>3)</sup>。

Breaking bad news (医師が悪い知らせを伝える際) の面談では、患者は診断や病状を伝えられるだけでなく、今後の治療や生活に関する説明など重要な話が同時に伝えられることが一般的であ

#### KEY WORDS

bad news  
コミュニケーション  
患者の意向  
SHARE

\* FUJIMORI Maiko, UCHITOMI Yosuke/国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

るが、患者が悪い知らせで頭が真っ白な状態では医師が伝えた内容を理解していないことがある。このようにがん医療においては、患者が非常にストレスの高い状況のなかで、医師から伝達される情報が生命にかかわる内容を含んでいることや、治療が長期にわたることがあるため、患者-医師間のコミュニケーションが注目されてきた。

## 2. コミュニケーションとは

コミュニケーションの語源はラテン語の *communicare* (共有する) である。コミュニケーションには大きく分けると2通りある。会話や文字、印刷物などによる言語的コミュニケーション、顔の表情や声の大きさ、視線、身振り手振り、ジェスチャーなど言葉を使用しない非言語的コミュニケーションである。つまり、患者-医師間のコミュニケーションとは患者と医師の間で言語的、非言語的なメッセージを交換し、共有することを意味する。望ましいコミュニケーションの成立には、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振り、語気、語調といった非言語的なメッセージが大きな役割を果たしている。伝えたい内容を言語的に発したとしても、それを受け取った患者と共有しなければ、伝わったとはいいがたい。また、単に不適切な言葉を用いなければよいというわけではない。MehrabianとKsionzky<sup>4)</sup>は、話し手が聞き手に与える影響がどのような要素で形成されるか測定した。その結果、言葉以外の非言語的な要素が全体の印象の93%を占めることが示唆され、話し手の印象には非言語的な要素が大きく寄与していることを示している。いいかえると、言語で伝えているのは7%に過ぎないのである。たとえば、日常生活において、怖い表情で、強い語調で「怒っていません」といわれたとしても、怒られていると感じるだろう。相手の目に映る第一印象は表情や身だしなみであることから、肯定的な表情や振る舞いは好印象につながる。逆に、無表情や身だしなみが整っていない場合には印象が悪くなる。

患者-医師間のコミュニケーションに関する先行研究を概観すると、悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーション (たとえば、共感など基本的なカウンセリング技術を使用していること、情報提供や患者からの質問への回答のために十分時間をとること) は患者の面接に対する高い満足感、治療遵守、伝えられる情報の想起や理解の促進、心理的ストレスの軽減に関係する<sup>5)~9)</sup>。その一方で、コミュニケーションのトレーニングをきちんと受けていないと感じている医療者は仕事への満足感が低く、燃え尽き感や抑うつ・不安が高いことが示唆されている<sup>10)11)</sup>。そのため、コミュニケーションは医療者にとっても重要なスキルであると考えられる。

## 3. 患者-医師間のコミュニケーション

がん医療において悪い知らせを伝える際にはどのようなコミュニケーションが望ましいのだろうか。悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは困難なコミュニケーションであり、このようなコミュニケーションスキルの学習は、通常の診療における患者-医師間の基本的なコミュニケーションスキルを習得していることを前提とする。したがって、まず、基本的なコミュニケーションスキルを簡単にまとめる。

- ①コミュニケーションの準備：身だしなみを整える、静かで快適な部屋を設定する、座る位置に配慮する、挨拶をする、名前を確認する、礼儀正しく接する、時間を守る。
- ②話を聞くスキル：目や顔をみる、視線は同じ高さを保つ、患者に話すように促す、相づちを打つ、患者のいうことを自分の言葉で反復する。
- ③質問するスキル：Yes/Noで答えられない開かれた質問 (open-ended question) を用いる、病気だけではなく患者自身への関心を示す、わかりやすい言葉を用いる。
- ④応答するスキル：患者がいたいことを探索し理解する、説明的な応答をする、患者のいうこ