

ニング法としてMini-Mental State Examination, Confusion Assessment Method, Memorial Delirium Assessment Scaleなど複数の評価法が開発されている。わが国のがん患者を対象としてこれらのスクリーニング法の性能を検討した研究はみられなかったが、老人を対象とした検討からは、Memorial Delirium Assessment Scale(感度1.00, 特異度1.00)の有用性が示されている³⁶⁾。一方、がん患者の精神疾患をスクリーニングすることが患者の精神症状緩和につながることを実証した研究報告は認められない。プライマリーケア領域において、精神症状のスクリーニングを行い、その結果を担当医にフィードバックする介入(スクリーニング+フィードバック)の有用性を無作為化比較試験で検討した研究のメタアナリシスでは、このような介入は、精神疾患の発見、治療、治療転帰いずれに関しても無効であることが示されている³⁷⁾。

以上をまとめると、がん患者の精神疾患に対する有用なスクリーニング法は複数存在していた一方で、今後はスクリーニングを用いることが、実際になんらかの患者アウトカムに反映することを実証する知見が必要であることが示唆される。

がん患者の精神疾患に対する予防的介入

がん患者の精神疾患に対して、その予防的介入の効果を検証した無作為化比較試験は2報みられる³⁸⁾³⁹⁾。Razaviらは、補助化学療法を受ける乳がん患者を対象として、適応障害発現予防に対する、アルプラゾラムの有用性をプラセボと比較する無作為化比較試験を行ったが、アルプラゾラムの有用性は示されなかった。Musselmanらは、高用量のインターフェロン投与を受ける悪性黒色腫の患者を対象として、インターフェロンに起因する抑うつ予防における、パロキセチンの有用性をプラセボと比較する無作為化比較試験を行い、パロキセチンの有用性を示した。

以上、がん患者の精神疾患に対する予防的介入に関しては、現時点では研究そのものがほとんど存在せず、手付かずに近い状態であることが示された。前述したように、がん患者の多くは、その経過中に、なんらかの精神疾患に罹患

することが示されていることから、今後、予防的治療介入の開発研究はきわめて重要であることが示唆される。

おわりに

以上、サイコオンコロジーにおける現時点におけるエビデンスを概観した。がん患者の精神症状緩和を成し遂げていく上で、早期発見に關しては有用な知見が蓄積されつつあるものの、治療に関してはいまだ不十分、予防に関しては、ほとんど手つかずの状態であることが示された。したがって、今後は、予防的な視点も加味した標準的な治療法の確立が重要であると考えられる。

文 献

- 1) 古川壽亮. エビデンス精神医療. 東京: 医学書院; 2000.
- 2) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751.
- 3) 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* 2001; 92: 2609.
- 4) 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* 2004; 22: 1957.
- 5) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000; 88: 2817.
- 6) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131.
- 7) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung

- cancer. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 69.
- 8) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996 ; 78 : 1131.
 - 9) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer : a prospective study. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 786.
 - 10) van Heeringen K, Zivkov M. Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 440.
 - 11) Costa D, Mogos I, Toma T. Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985 ; 320 : 85.
 - 12) Pezzella G, Moslinger-Gehmayr R, Contu A. Treatment of depression in patients with breast cancer : a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Res Treat* 2001 ; 70 : 1.
 - 13) Musselman DL, Somerset WI, Guo Y, et al. A double-blind, multicenter, parallel-group study of paroxetine, desipramine, or placebo in breast cancer patients (stages I, II, III, and IV) with major depression. *J Clin Psychiatry* 2006 ; 67 : 288.
 - 14) Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH, et al. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology* 1998 ; 7 : 291.
 - 15) Razavi D, Allilaire JF, Smith M, et al. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996 ; 94 : 205.
 - 16) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al. Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients : a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 1937.
 - 17) Stockler MR, O'Connell R, Nowak AK, et al. Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depression : a placebo-controlled double-blind randomised trial. *Lancet Oncol* 2007 ; 8 : 603.
 - 18) Wald TG, Kathol RG, Noyes R Jr, et al. Rapid relief of anxiety in cancer patients with both alprazolam and placebo. *Psychosomatics* 1993 ; 34 : 324.
 - 19) Devine EC, Westlake SK. The effects of psycho-educational care provided to adults with cancer : meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995 ; 22 : 1369.
 - 20) Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment : a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001 ; 10 : 490.
 - 21) Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients : a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995 ; 14 : 101.
 - 22) Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients : results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999 ; 80 : 1770.
 - 23) Ross L, Boesen EH, Dalton SO, et al. Mind and cancer : does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur J Cancer* 2002 ; 38 : 1447.
 - 24) Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients : overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002 ; 94 : 558.
 - 25) Akechi T, Okuyama T, Onishi J, et al. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; (2) : CD005537.
 - 26) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* 1991 ; 9 : 1004.
 - 27) Maunsell E, Brisson J, Deschenes L, et al. Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer : effects on quality of life. *J Clin Oncol* 1996 ; 14 : 2747.
 - 28) Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and

- lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 : 231.
- 29) Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 2004 ; 45 : 297.
- 30) Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, et al. Olanzapine vs haloperidol : treating delirium in a critical care setting. *Intensive Care Med* 2004 ; 30 : 444.
- 31) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 : 997.
- 32) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003 ; 97 : 2605.
- 33) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998 ; 28 : 333.
- 34) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 : 5.
- 35) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 29 : 91.
- 36) Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al. Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2001 ; 23 : 36.
- 37) Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety : systematic review. *BMJ* 2001 ; 322 : 406.
- 38) Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, et al. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 961.
- 39) Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al. Prevention of adjustment disorders and anticipatory nausea secondary to adjuvant chemotherapy : a double-blind, placebo-controlled study assessing the usefulness of alprazolam. *J Clin Oncol* 1993 ; 11 : 1384.

* * *

CLINICAL ONCOLOGY 腫瘍内科®

Vol.2 No.4

Aug./2008

特集 がんのチーム医療

チーム医療とは—基本的な概念の整理—

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 小川朝生, ほか

オンコロジストの作るチーム医療 (入院)

国立病院機構四国がんセンター 乳腺科 青嶋健二郎, ほか

地域との連携を踏まえたがんのチーム医療

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター臨床研究センター 肺がん研究部 高田 實, ほか

外来化学療法室におけるチーム医療 京都大学病院 外来化学療法部 柳原一広

放射線治療とチーム医療 市立長浜病院 放射線科 伏木雅人

病理医のがんチーム医療への参加

国立病院機構兵庫医療センター 中国がんセンター 臨床研究部 谷山清己

抗がん治療中からの緩和ケア医の参加

国立がんセンター東病院 緩和医療科 星野奈月, ほか

精神科医のがんチーム医療への参加

名古屋市立大学 精神・認知・行動医学 明智龍男

がんチーム医療における看護師の役割

—がん看護専門看護師の立場から—

近大姫路大学 看護学部 田中登美

がんチーム医療における薬剤師の役割

静岡県立静岡がんセンター 薬剤部 鈴木賢一, ほか

話題

がんチーム医療とリハビリテーション

広島大学 保健学研究科 岡村 仁

在宅医のチーム医療への参加

—在宅医が緩和ケアチーム回診に同行する在宅緩和ケア推進—

あおぞら診療所 川越正平

米国のがん医療における緩和ケアチームの現状

亀田メディカルセンター 緩和ケア科 関根龍一

チーム医療と法的問題

中京大学法科大学院 福葉一人

解説

厚生労働科学研究「がん対策のための戦略研究」

国立がんセンター東病院 精神腫瘍科 秋月伸哉

厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

東京大学 法學政治学研究所 樋口範雄

科学評論社

特集 がんのチーム医療

精神科医の がんチーム医療への参加*

明智龍男**

Key Words : psycho-oncology, psychiatrist, multi-disciplinary team, psychosocial care

はじめに

2002年に、精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対する緩和ケア診療加算が導入され、2007年には、がん対策基本計画の中で、がん医療への「精神腫瘍医」の参画の重要性が盛り込まれた。これらを受けて、わが国においてもしだいに緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、またがん診療連携拠点病院を中心に、多くのがん診療施設から精神科医のチーム医療への参加を求める声が上がっている。一方、精神科医は、がん医療においてどのような役割を担うべきなのか、あるいはチーム医療においてどのように機能し得るのかなど、具体的には必ずしも明らかではないのが現状である。

筆者は、精神科医として、これまで地域の中核的な総合病院、国立がんセンターにおける勤務を経験した後、現在は大学病院でサイコロジを中心臨床業務に携わっている。本稿では、筆者のこれまでの経験をもとに、がん医療の中で精神科医の能力を発揮しやすい、やや専門性の高い役割を中心に紹介させていただいた。

がん患者に頻度の高い精神疾患の評価と マネージメント

当然のことではあるが、がん患者の経験する精神症状の適切な評価、およびそのマネージメントに関して主体的な役割を果たす。参考までに、国立がんセンター精神科コンサルテーションにおける依頼理由を表1に示したが、全体としては、精神医学的な評価、患者に頻度の高い症状としての睡眠障害、不安、抑うつなど一般的なものが多いことが示されている¹⁾。しかし、後述するように「精神医学的な評価」には、がん患者ならではの実に多彩な状態の評価が含まれている。

精神医学的診断の観点からは、がん患者の経験する精神疾患として、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害(ストレス反応性の軽度から中等度の不安、抑うつ状態)、うつ病(重いうつ状態)、およびがん治療およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄(多彩な精神症状を伴う特殊な意識障害)の頻度が高いことが知られており、わが国のがん専門病院や総合病院においても、頻度が高いものは、これら3疾患であることが示されている。診断名としてはこれら疾患群にまとめられる一方、その評価やマネージメントに際しては、担がん状態や終末期などの臨床状況を念頭に置いた対応が

* The role of psychiatrist in multi-disciplinary cancer care.

** Tatsuo AKECHI, M.D., Ph.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野(〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄,1); Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya 467-8601, JAPAN

表1 国立がんセンター精神科コンサルテーションの依頼理由(重複回答)

依頼理由	症例数(%)
精神医学的評価	599(34.8)
睡眠障害	325(18.9)
不安・恐怖	314(18.2)
抑うつ	302(17.5)
行動の管理/焦燥感	137(8.0)
奇異/説明不能/奇怪な行動	132(7.7)
患者の要請	106(6.2)
脳器質性症候群	102(5.9)
精神病性でない精神疾患の既往	72(4.2)
精神病性の精神疾患の既往(統合失調症, 大うつ病, 双極性障害)	70(4.1)
自殺の危険性/企図の評価	51(3.0)
痛み	35(2.0)
術前評価	35(2.0)
向精神薬処方上の評価	33(1.9)
薬物の問題(薬物乱用など)	32(1.6)

求められる。がんの臨床経過と頻度の高い精神症状に関して図1に示した。

1. がん患者の適応障害

適応障害はそもそもうつ病や不安障害などの除外診断であり、がん医療の現場における適応障害は、異質性の高い多様な臨床状況の集合体であるとも言える。たとえば、うつ病の前駆状態のような抑うつを主体とした病態や、がんの再発不安や衝撃的ながん告知に続発する不安症状を主体としたもの、パーソナリティ特性を背景として、がん罹患がストレッサーとなり強い情緒的反応、対人葛藤を経験するもの、一過性のストレス反応様の病態で自然経過で正常反応にすまやかに回復していく例などである。その他、近年、関心が寄せられるようになってきた、依存や自律性の喪失をめぐる苦悩など終末期がん患者の実存的苦痛なども現在の診断基準では適応障害に分類されることが多い²⁾。このように、適応障害という診断は、がん患者にもっとも頻度の高い精神症状である一方、がん医療においては、実に多彩なタイプの精神症状を含んでいる。したがって、がん患者の適応障害に対しては標準的な薬物療法、精神療法なども存在しない。がん患者に適応障害がみられた場合には、がんのさまざまな臨床経過(たとえば、再発後、あるいは積極的な抗がん治療から緩和ケアへの移行状況など)において、痛みなどの身体症状の評価に加え、患者個人にとってのストレッサー

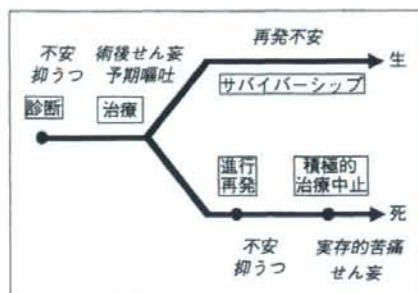


図1 がんの経過と精神症状

の意味や大きさ、パーソナリティやストレス対処様式などの個人の心理学的特性、周囲からのサポートの状況、医師をはじめとした医療スタッフや家族との関係など多様な情報から、現在の状態を評価し、今後のがんの病状の見通しなどを考慮しながら、個別的に治療にあたる必要性がある。精神科医の役割としては、このような複数の領域に及ぶ複雑な情報、典型的には身体-心理-社会的な要因を統合的に理解し、医療チームにフィードバックし、患者のQOL向上に資することが求められる。

2. 進行、終末期のうつ病

あまり知られていないことであるが、うつ病の診断基準項目9つのうち、4つは身体症状項目(倦怠感、食欲の変化、睡眠障害、精神運動制止)であることから、がん患者、なかでも進行・

終末期のがん患者のうつ病の診断自体が難しく、精神科医でもかなりの熟練を要する。たとえば、倦怠感や食欲低下、睡眠障害、集中力低下などは終末期がん患者においても頻度の高い症状であり、これらが、がんによるものかうつ病によるものか判断は容易ではない³⁾。担がん状態にある患者に対する抗うつ薬の選択に際しても多くの留意事項が存在するため、適切な薬剤選択に際しても高い専門性が求められる⁴⁾。うつ病は基本的には治療可能な病態ではあるが、予後が1か月以内の場合などでは、あらゆる方法を尽くしても改善できない場合も少なくない⁵⁾。抗うつ薬はせん妄の原因になることも多く、状況によっては、抗うつ薬の使用は避け、一般的な支持やケアに加え、睡眠や不安などの部分症状緩和に徹する方針を精神科医として明確にする必要がある場合もある⁶⁾。さらに、倫理的な議論は残されているものの、うつ病がもたらす深い苦悩をかんがみ、「鎮静」の可否に対しての判断を求められることもある⁶⁾。これら身体状態が日々悪化する状況において、患者の価値観など個別性を大前提とした上で、うつ病の診断、マネジメントにあたることは大変難しいが、その実質的な舵取りは、精神科医の大きな役割であると言えよう。

3. 終末期せん妄のマネジメント

終末期においてはせん妄の頻度が高く、30～90%に認められることが知られている。また、臨床的には、進行がん患者においては、前述した適応障害やうつ病が、身体状態の悪化に伴いせん妄に移行し、複雑な臨床像を呈することも稀ではない。進行・終末期にせん妄が発現したがん患者を対象とした検討では、頻度の高い原因は、オピオイドや向精神薬などの薬剤、脱水、肝・腎機能障害などであり、可逆性が高いもの(原因に対するアプローチと適切な対症療法でせん妄が改善する可能性が高いもの)は、薬剤、脱水、高カルシウム血症などであったと報告されている。なお、死亡前24～48時間に出現するものではない不可逆性であることが多い。このように多くの終末期がん患者がせん妄を経験するが、せん妄は家族に強い精神的苦痛をもたらすことも知られている⁷⁾。したがって、終末期せん妄の

マネジメントにあたっては、せん妄の診断のみならず、その原因の同定と治療可能性の評価、適切な薬物療法の提供、現実的な治療の目標設定などに加え、家族への説明およびケアなどの役割が精神科医に期待される。

がん患者の複雑な心理をめぐって

がん医療の現場では、がんの致死性やがんの進行、苦悩をもたらす多彩な苦痛症状の発現、難しい意思決定などの臨床状況があるため、これらに関連して生じてくるさまざまな心理状態に対する評価、対応が求められる。

1. 希死念慮

がん患者の経験する苦悩は時として深く、がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせて欲しい」などの言葉が聞かれることも稀ではない。しかし、これまでの検討からは、がん患者の希死念慮の背景には、痛みをはじめとした身体症状、うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大などの実質的な苦痛、乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている⁸⁾⁹⁾。さらに、早い死を望んだ進行がん患者を対象として、その意味することを質的に検討した報告からは、「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり、「生きたい」ことに対する逆説的表現、死にゆく過程のつらさ、今現在の耐え難い苦痛(痛みなど)に対する援助の求め、今後、起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の一つ、一人の個人として関心を抱いて欲しいという欲求、愛他性の表現、家族から見捨てられる不安、悲嘆、苦悩などを表現するためのコミュニケーションである可能性が指摘されている¹⁰⁾。したがって、「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このようなさまざまな「意味」が存在する可能性を念頭に置いておく必要がある。言い換えると、ほとんどの場合には、「死にたい」という表現の背後には、掘り取られていないならぬ患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示唆しており、精神科医は、その意味を理解し、医療チームにフィードバックする上で主たる役割を果たすべきである¹¹⁾。

2. 医学的に説明のつかない身体症状：予期悪心・嘔吐

身体的に異常所見の認められない食思不振や倦怠感など、医学的に説明のつかない身体症状の評価も、精神科医に期待される一つの役割である。がん治療中に起こるこれら症状の代表的なものとして、抗がん剤投与に伴って発現する予期悪心・嘔吐を紹介したい。

がんの支持療法の実現に伴い、抗がん剤の投与に際しても、以前のように激しい嘔吐、嘔吐がみられることは稀になってきてはいるものの、現在でも、がん患者がもっとも嫌悪する抗がん剤の有害事象の一つとして激しい悪心、嘔吐があげられる。予期悪心・嘔吐とは、催吐作用の強い抗がん剤(シスプラチンなど)を繰り返し投与されている患者が、治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心、嘔吐をきたす現象を指す。予期悪心・嘔吐が生ずる機序としては、学習理論に基づく古典的条件づけが深く関与していることが示唆されている。つまり、繰り返し抗がん剤の治療を受けているうちに、有害事象としての悪心・嘔吐が条件づけられ、もともとは意味をもたなかった病院内の環境や医療者の行為などが合図となって症状が発現すると考えられているのである。予期悪心・嘔吐に対しては、通常の制吐剤は無効であり、前述したように条件づけが関与していることから、系統的脱感作など行動療法的なアプローチが用いられる(臨床的にはベンゾジアゼピン系抗不安薬が用いられることもあるが、その有用性は実証されていない)¹²⁾。繰り返される激しい嘔吐は、医療者が想像する以上に患者に強い苦痛をもたらす症状であり、時折、「こんなにつらいのなら抗がん剤の治療はもうやめたい」という言葉を聞くことすらある。したがって、なかでも抗がん剤の有効性が高いがんに対する治療においては、予期悪心・嘔吐の適切な評価とマネージメントはきわめて重要であり、がん治療を成功に導くためにも精神科医の果たすべき役割は大変大きい。

3. がん患者にみられる心理的防衛機制

心理的防衛機制とは、苦痛を伴う現実状況から自分自身の精神的な安定を守ろうとする無意

識的な心の働きを指す。がん患者の中でも、身体状態の悪化や死を意識せざるを得ない進行・終末期がん患者には、否認、退行、置き換えといった心理的防衛機制がみられることが稀ではない¹³⁾。これらは、たとえば「繰り返し説明しているのに病状が理解できない」、「なんでも看護師に頼んで自分でできるセルフケアもやってくれない」、「怒りっぽくなり周囲に当たり散らすようになった」といった内容で医療スタッフから精神科医に間接的に相談されることが多い。これら防衛機制の多くは、いずれも、治療が望めないといった絶望の状況や死および死にゆくプロセスへの不安、恐怖に対する対処法として用いられることが多い。否認、退行は、多くの場合、ケアの妨げとなることのない軽度のものであることが多い一方で、医療スタッフは、その状態の評価に困惑していることが多い。置き換えに関しては、治療が望めないがんに罹患してしまったことに対する怒りを家族や医療者に向けるものももっとも一般的なものである。これら防衛が認められた際には、背景に高度な心理的苦痛が存在することを物語っており、また進行・終末期、なかでも死が差し迫った終末期という特殊な状況においては、不安や抑うつを防衛する上で適応的なものである場合も多く、こういった際には直接的な介入も不要である。多くの場合、精神科医の役割として重要なことは、患者に直接的にかかわることではなく、医療スタッフにこれらの心理状態を説明し、医療スタッフを側面から援助することである。一方で、これら防衛が、患者の治療に関するアドヒアランスを障害したり、精神的苦痛の軽減に有用でない場合など、適応的でなく、患者の生活の質を保つ上で著しい妨げとなっている場合には、穏やかで注意深い直面化など治療的介入が考慮されることもある。患者の多彩な言動から、背景に存在するこれら防衛機制を理解し、医療チームが深い患者心理の理解に基づいたケアを提供できるように間接的にかかわることも精神科医が担い得る役割である。

4. 意思決定をめぐる問題

周知のことではあるが、患者と医療者間において適切なインフォームド・コンセントのプロセス

が成立するためには、患者が医療者からの説明内容を判断するに必要な意思決定能力(competency)を有することが前提とされる。一方、がん医療の現場では、メリットとデメリットが拮抗した治療選択をはじめとした、難しい意思決定を必要とする臨床状況も稀ではない。インフォームド・コンセントのプロセスにおいて、なかでも、患者の意向と医学的推奨との間に対立が生じた場合には、深刻な倫理的ジレンマが生じやすく、がん医療の現場においては、意思決定能力の評価に関して精神科医に依頼されることも稀ではない。

筆者の国立がんセンターにおける経験では、治療拒否、インフォームド・コンセントを行うに際しての意思決定能力の評価、セルフケアを行う能力の評価などで依頼されることが多く、このような意思決定をめぐる問題で紹介されたがん患者の背景に存在する精神科診断は、がん患者に頻度の高い前述の3つの精神疾患(適応障害、うつ病、せん妄)に加え、統合失調症、双極性障害、人格障害、認知症など、多彩であった¹⁴⁾。われわれは、Appelbaumらの方法を参考にしながら、臨床的に意思決定能力を評価している¹⁵⁾¹⁶⁾、なかでも医学的なメリットがデメリットを上回ると考えられる治療の拒否(たとえば、治療が期待されるがん治療の拒否など)や潜在的には危険性の高い抗がん剤の第一相試験へのエントリーを強く希望した際など、慎重にその心理的背景を検討している。このように、個々の医療状況における患者の心理、認知機能などを総合的に評価し、意思決定能力を判断することも精神科医に求められる重要な役割である。

家族のケア

家族の成員のうちの1人ががん罹患すること、家族全体に多大な精神的、物質的負担をもたらす。実際、がん患者を抱えた家族は、自分自身の心理的問題に対処する必要があるのみならず、心身両面にわたる多くの役割を担うことになる。家族の経験する精神的苦痛に関しては、多くの研究で、患者と同等、場合によっては患者にも増して強い苦痛を抱えていることが示されている。サイコオンコロジーや緩和ケア

では、家族は単なるケアギバーではなく、常にケアを受けるべき対象者としても認識されるので、必然的に、患者がチームに依頼された場合は、その家族のケアも念頭に置くことになる¹⁷⁾。がんのチーム医療において、精神科医は、なかでも事例化した家族に対する精神的ケアに際して主要な役割を担うことが期待されるであろう。さらに、患者に対する精神的援助の方法に関する家族への情報提供、事例化していなくても、家族の抱くつらい気持ちの言語化を促し、そのつらさや家族の置かれる苦境に理解を示し、共感するといった精神的ケアを行うなどの役割を担う必要もある。また、家族が家族として十分に機能していない場合(患者について話し合うことを避ける、個々の家族の意見が異なりまとまらないなど)などは、その家族間の問題点を明らかにし、家族全体を対象として介入を行うことも果たし得る役割の一つであろう。

医療スタッフのケア

医療チームが、チームとして良好に機能するためには、スタッフの燃え尽きを予防することが重要である。医療スタッフの燃え尽きは患者ケアの質にも影響を及ぼすことが示唆されていることから、医療スタッフの燃え尽きをはじめとしたメンタルヘルスの維持はチーム内の精神科医の大きな役割の一つである¹⁸⁾。したがって、チーム内の精神科医は、スタッフのメンタルヘルスにも留意し、適切な介入、たとえば、症例検討会を開催し、難しい症例を特定の医療スタッフが抱え込まずに済むよう働きかけたり、場合によっては医療スタッフに対しての個別的なサポートを行ったりなどの活動を提供することも求められる。たとえば、前述した状況の中で、治療が奏功せず、がんが進行していく無念さや怒りを医療スタッフ、なかでも看護師に置き換えるといった形の防衛機制ががん患者にみられることは稀ではなく、このような場合には、患者心理を医療スタッフに伝えるとともに、看護師を背後から支えることがもっとも重要な患者ケアとなる場合もある。

また、進行・終末期がん患者に接する上で、注意しなければならない問題の一つとして、医

療スタッフに生じる逆転移(医療者が患者に対して抱く意識的および無意識的な感情)の問題がある。これは、対象の多くが日々身体的に悪化していく患者であり、その治療終結が患者の「死」をもって迎えられることが多く、そのために医療スタッフがとくに無力感を中心とした逆転移感情に圧倒されることも稀ではないといった治療状況が関係している¹⁹⁾。医療スタッフが自身の逆転移に気づいていない場合、「もう医学的には何もすることがないので、患者を訪室しても仕方がない」、「自分にはもうできることがないので、後はすべて緩和医療チームに任せよう」など、患者から担当医の足が遠のいたりすることで、患者の無用な見捨てられ不安を助長する可能性がある。このような場合、医療スタッフの心理を理解し、これまでと変わらない継続的なケアが提供されるように、医療スタッフに働きかけることが精神科医に求められる。

医療スタッフに対する教育

がん患者に頻度の高い精神症状の中でも、うつ病、せん妄は医師、看護師を問わず医療スタッフに看過されやすいことが繰り返し示されている。また、患者にとっての最大の心理的な支えは、やはり担当医、担当看護師であることが多い。したがって、医療スタッフに対する精神症状の早期発見や基本的なコミュニケーションスキルなどに関する適切な教育も重要な役割の一つである。

おわりに

がん医療において精神科医の担い得る役割は多岐にわたっており、患者・家族の精神的ケアという自明の役割と、人の心理や精神に關しての深い理解および情報提供を通して、医療チームの活動を間接的に患者ケアに結びつけていく、補助的、調整的な役割の双方を担っているものと考えられる(表2)。このように、がんやがん治療をきちんと理解した上で、医療チームの一員として機能する「精神腫瘍医」の果たす役割は、がん医療の現場において、予想以上に幅広いのではないだろうか。

表2 がんチーム医療における精神科医の役割

- ・不安と抑うつの評価とマネージメント
- ・医学的に説明のつかない身体症状の評価
- ・自殺の危険性の評価と希死念慮への対応
- ・心理的防衛機制の評価
- ・せん妄と認知症の評価とマネージメント
- ・意思決定能力の評価
- ・向精神薬の使用に際しての助言
- ・精神療法の提供
- ・家族のケア
- ・患者、家族をケアする医療チームに生ずる力動の理解と患者、家族および医療スタッフ間の葛藤の解消
- ・スタッフのケア(燃え尽き予防)
- ・精神症状に関する医療スタッフへの知識提供および教育
- ・ケアの目標設定
- ・がん罹患以前から精神疾患を有している患者の精神疾患のマネージメント

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* 2001; 31: 188-94.
- 2) Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians- American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132: 209-18.
- 3) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 2003; 44: 244-8.
- 4) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, ほか. 進行がん患者とうつ病. In: 本橋伸高・編. 気分障害の薬物治療アルゴリズム. 東京: じほう; 2003. p. 83-99.
- 5) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al. Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care* 2007; 5: 3-9.
- 6) 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラ

- イン. 2004.
- 7) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004 ; 45 : 107-13.
 - 8) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002 ; 95 : 1085-93.
 - 9) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 2004 ; 100 : 183-91.
 - 10) Coyle N, Sculco L. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer : a phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2004 ; 31 : 699-709.
 - 11) Muskin PR. The request to die : role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 1998 ; 279 : 323-8.
 - 12) Morrow GR, Morrell C. Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 1982 ; 307 : 1476-80.
 - 13) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介. 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経誌* 2004 ; 106 : 123-37.
 - 14) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003 ; 7 : 101-6.
 - 15) Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988 ; 319 : 1635-8.
 - 16) Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984 ; 252 : 925-7.
 - 17) Akechi T, Akizuki N, Okamura M, et al. Psychological distress experienced by families of cancer patients : preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 2006 ; 36 : 329-32.
 - 18) 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.
 - 19) Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 1997 ; 7 : 1-9.

* * *

血液・腫瘍科[®]

特集 国外大規模臨床試験の意義と国内がん診療へのインパクト

- 未治療多発性骨髄腫に対するMP療法 vs. MP療法+ボルテゾミブの第III相試験 名古屋市立大学・腫瘍・免疫内科学 楠本 茂, ほか
- 未治療多発性骨髄腫に対するサリドマイド+デキサメタゾン vs. デキサメタゾンの第III相試験 群馬大学・保健学 村上博和, ほか
- 再発・再燃多発性骨髄腫に対するレナリドマイド+デキサメタゾン vs. デキサメタゾンの第III相試験 京都府立医科大学・血液・腫瘍内科 島崎千尋
- びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対する6 vs. 8サイクルのCHOP-14療法, リツキシマブ併用の有無に関する第III相試験(RICOVER-60) 福岡大学・腫瘍・血液・感染症内科 高松 泰, ほか
- 臨床試験に登録された正常核型AMLの分子異常と予後の関連 国立がんセンター中央病院・血液内科 小林幸夫
- 再発高危険群術後乳がんに対するAC療法後の2種類のタキサンとの3週毎投与と毎週投与の第III相試験 癌研究会有明病院・化学療法科 細永真理, ほか
- 前立腺がん生存者における治療法とQOL 札幌医科大学・泌尿器科 橋本浩平, ほか
- 国外大規模臨床試験(REAL-2試験)の結果とわが国の胃がん診療にもたらす影響 大分大学・臨床腫瘍医学 森永亮太郎, ほか
- 切除可能大腸がん肝転移例に対する外科切除十周術期FOLFOX4療法 vs. 外科切除単独の第III相試験 国立がんセンター東病院・上腹部外科 高橋進一郎

話題

- 腎細胞がんの分子標的治療 横浜市立大学・泌尿器科 近藤慶一, ほか
- フッ化ピリミジン系抗がん剤の薬理遺伝学 防衛医科大学校・腫瘍化学療法部 市川 度, ほか
- Intravascular large B-cell lymphoma治療におけるリツキシマブの役割 名古屋大学・血液・腫瘍内科学 島田和之, ほか
- Age-related Epstein-Barr virus-associated B-cell lymphoproliferative disordersとはいかなる疾患か? 名古屋第二赤十字病院・血液・腫瘍内科 尾山 卓, ほか

解説

- がん臨床研究の利益相反 九州大学・呼吸器内科学 中西洋一, ほか
- がん患者の自殺企図とその対策 名古屋市立大学・精神・認知・行動医学 明智龍男
- 若年性慢性骨髄単球性白血病の病態解析と治療の進歩 信州大学・小児医学 小池健一, ほか

Nov. 2008

科学評論社



解説

がん患者の自殺企図とその対策*

明智 龍男**

Key Words : suicide, suicidal attempt, depression, pain, existential distress

はじめに

がん治療の進歩に伴い「がん=死」というイメージは払拭されつつある一方で、約半数の患者にとっては依然として致命的疾患であることに変わりはなく、さらには長期生存患者にも身体的な機能障害、社会的な再適応の必要性などさまざまな問題がみられることが明らかにされてきた。それゆえ、がん患者の経験する苦悩は時として深く、実際に自殺企図、なかには自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される。また、がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせて欲しい」、「安楽死をして欲しい」などの言葉が聞かれることは決して稀ではない。わが国では、1998年以降10年連続して自殺者が3万人を超え、また、わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、がんが最多であったことが報告されている¹⁾。

それでは、実際にがん患者は一般人口に比べて自殺が多いのであろうか？ がん患者の自殺の背景にある要因は、痛みなどの身体的要因なのであろうか？ がん医療の現場における自殺予防としてはどのようなストラテジーをとりうるのであろうか？ 実際に自殺企図がみられた後にはどのような対応を行うべきなのであろうか？ 自殺という悲痛な結末を迎えた場合に、家族に、その他の患者に、そして医療スタッフにどのよ

うな対応を行うべきであらうか？

実際に自殺企図や自殺事例が発生すると、その衝撃は家族、関係する医療スタッフにとってきわめて大きなものになるため、これらは、がん医療に携わる多くの医療スタッフが抱えている切実な疑問である。本稿では、がん患者の自殺に関しての問題を概観することにより上記の臨床的問題点に言及する。

がん患者と自殺

1. がん患者における自殺率に関する疫学的研究

がん患者の自殺率に関して検討を行った疫学的研究を表1にまとめた。先行研究の多くは、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している²⁾⁻¹⁵⁾。また、これら結果からは、がん患者の自殺率はおおむね0.2%程度であることが推測される。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示されている⁶⁾。また、これらの研究のいくつかでは、診断時にすでに進行がんであること、および診断から間がない時期においてとくに危険率が高いことが共通して示されており、がん患者の自殺予防を考える上で、貴重な知見を与えている。

2. 自殺したがん患者の心理学的剖検

自殺したがん患者の背景に存在した精神状態

* Suicidal attempt and its management in cancer patients.

** Tatsuo AKECHI, M.D., Ph.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学(〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1); Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya 467-8601, JAPAN

表1 がん患者の自殺に関する追跡研究

著者(年)	国	追跡症例数(人)	がん患者自殺数 (人)	自殺の割合 (%)	一般人口に対する危険率 (<i>P</i> 値または95%信頼区間)	自殺の危険率を高める要因
Louhivuori (1979) ²⁾	フィンランド	28,857	63 (男49, 女14)	0.22	男 1.3(<i>P</i> <0.01) 女 1.9(<i>P</i> <0.05)	消化器がん, 診断時の進行がん, 治療を受けていない患者
Fox (1982) ³⁾	アメリカ	144,530	192 (男160, 女32)	0.13	男 2.3(<i>P</i> <0.005) 女 0.9(NS)	診断直後(男)
Allebeck (1989) ⁴⁾	スウェーデン	424,127	963 (男645, 女318)	0.23	男 1.9(1.8~2.1) 女 1.6(1.5~1.8)	肺がん, 胃腸系のがん(男), 診断後1年以内
Allebeck (1991) ⁵⁾	スウェーデン	59,845	144 (男84, 女60)	0.24	男 2.4(1.9~3.0) 女 2.7(2.0~3.5)	肺がん, 胃腸系のがん(男), 大腸がん(女), 診断後2年以内
Levi (1991) ⁶⁾	スイス	24,166	55 (男39, 女16)	0.23	男 2.8(2.0~3.8) 女 2.2(1.3~3.6)	診断後1年以内
Storm (1992) ⁷⁾	デンマーク	296,331	568 (男352, 女216)	0.19	男 1.5(1.3~1.6) 女 1.3(1.1~1.5)	進行がん, 診断後2年以内
Harris (1994) ⁸⁾	(メタアナリシス)	記載なし	1,625 (男女別の記載なし)	記載なし	全体 1.8(1.7~1.9)	診断直後
Crocetti (1998) ⁹⁾	イタリヤ	27,123	41 (男31, 女10)	0.15	男 2.3(1.5~3.2) 女 2.7(1.3~5.0)	診断6か月以内
Tanaka (1999) ¹⁰⁾	日本	23,979	48 (男女別の記載なし)	0.20	男 1.2(0.8~1.8) 女 1.5(0.9~2.3) 全体 1.4(0.99~1.8)	診断3, 5か月後, 50歳代, 診断時の遠 隔転移, 生殖系のがん, 退院直後
Innos (2003) ¹¹⁾	エストニア	65,419	197 (男150, 女47)	0.30	男 1.7(1.5~2.0) 女 0.5(0.4~0.7)	診断後3~6か月(男), 食道がん, 肺がん(男)
Hem (2004) ¹²⁾	ノルウェー	490,245	589 (男407, 女182)	0.12	男 1.55(1.4~1.7) 女 1.4(1.2~1.6) 全体 1.5(1.4~1.6)	診断後5か月以内, 未婚・離婚・別居 呼吸器系のがん(男), 口腔・咽頭がん(女)
Miccinesi (2004) ¹³⁾	イタリヤ	90,197	102 (男85, 女17)	0.11	男 2.0(<i>P</i> <0.05) 女 1.6(NS) 全体 1.93(<i>P</i> <0.05)	-
Yousaf (2005) ¹⁴⁾	デンマーク	564,508	1,241 (男740, 女501)	0.22	男 1.7(1.6~1.9) 女 1.4(1.3~1.5)	男性は診断3か月以内, 女性は診断か ら3~12か月, 進行がん
Schirrer (2006) ¹⁵⁾	デンマーク, フィンランド, ノルウェー, スウェーデン, 米国 (乳がんのみ)	723,810	836	0.12	1.37(1.28~1.47)	進行がん



図1 自殺に至るプロセス

を検討した報告(心理学的剖検研究: 家族や患者を知る関係医療スタッフなどから、自殺者の生前の情報に可能な限り詳細に収集し、自殺に至った患者の精神状態を推測、判断する手法)はきわめて限られているが、代表的なものを紹介する。Henrikssonらは、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した。その結果、両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが、がん患者の自殺群では、非がんの自殺群に比べて、アルコール依存が少なかったという結果を報告している¹⁶⁾。本結果は、自殺を促進する要因としては、がん患者においても、一般人口同様、うつ病がもっとも重要である一方で、アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては、がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。また、Filibertiらは、在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者5例に関して検討を行い、ほとんどの症例に、身体的苦痛のみならず、抑うつをはじめとした精神的苦痛が並存しており、全例に共通してみられた要因として、自律(autonomy)および自立(independence)を失うことに対する懸念および他者への依存の拒絶がみられたことを示した¹⁷⁾。

これらの結果を概観すると、自殺したがん患者の多くが耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で、一般人口における自殺同様、精神症状としてもっとも重要なものはうつ病であることが示唆される。また、終末期に特有の問

表2 がん患者の自殺の危険因子

がんに関連	進行がん、予後不良
身体症状	痛み、衰弱・全身倦怠感
精神症状	うつ病、絶望感、せん妄
その他	がん診断から数か月以内 自殺企図の既往および家族歴 がん罹患以前から存在する精神医学的問題

題として、身体状態の悪化に伴う自立性の喪失、依存の増大など実存的苦痛ともいえる症状が自殺に寄与する要因として推測される。

3. がん患者の自殺の予防

がん患者の自殺を予防する上でもっとも重要なことは、がん患者における自殺を促進するさまざまな要因を理解し、これらを看過することなく治療、ケアすることであろう。また、自殺に至る前段階で、患者の状態を適切に把握することも重要である。一言で自殺企図、自殺といっても、実際に自殺に至るプロセスは階層的であると考えられており、患者の言葉や状態から、自殺の危機がどの程度差し迫っているかは、ある程度推測可能である(図1)¹⁸⁾。

前項で、自殺したがん患者の心理学的剖検研究に触れたが、そのほか、がん患者の自殺の危険因子としては、がんの病期などがんそのものに関連する要因、がん罹患することにより二次的に生じる身体症状および精神症状、がん罹患に先行する精神医学的問題など異なるいくつかの要因が重要であることが示唆されている(表2)¹⁸⁾¹⁹⁾。本結果から推測されることは、一般人口で知られている自殺の危険因子(自殺企図の既往、親しいものとの離別・死別、失職、絶望感など)の十分な評価に加え、とくにがんの診断時にすでに進行がんであった症例に対しては、痛みをはじめとした十分な身体症状の緩和に加え、うつ病をはじめとした精神症状の積極的緩和を継続して提供することの重要性である。しかし、これら要因の重要性が明らかになる一方で、がん医療の現場では、痛みが適切にコントロールされていないことも多く、また、医療スタッフはがん患者の精神症状、なかでも抑うつ状態を適切に認識することができていないことが繰り返し報告されており²⁰⁾、現時点では、疼痛

コントロールをはじめとした良好な緩和ケアの普及、がん医療に携わる医療スタッフに対しての精神症状に関する適切な情報提供、精神科医との連携システムの確立などが急務であろう。また、前述したわが国の一般病院入院患者の自殺事例における検討では、病状の説明や告知の直後に自殺した症例が紹介されていることから、とくに進行がん患者に、治療が望めないがんなどのいわゆるbad newsを伝えるコミュニケーションに際して、事実を伝えるのみならず、同時にその後の患者の心理的苦痛に配慮し、適切なサポートを提供することの重要性が示唆される。

がん患者の自殺予防に関して、国際的にコンセンサスの得られた方法があるわけではないが、前述した結果をもとに、現時点において可能な戦略を考えてみると、身体、精神、社会、実存的側面など患者の苦悩の源となっている諸種の苦痛に対して、さまざまな職種の特任者が協力して、医療チームとして患者に良好な包括的ケアを提供することがもっとも有用な方法であろう²⁴⁾。実際に、イタリアにおける経験として、多職種からなる包括的な在宅緩和ケアを受けていた終末期がん患者は、一般人口に比べても、自殺率が低かったことが報告されている²⁵⁾。一方で、現時点においては、自殺の確実な予測法や確立した予防法は存在しないことも知っておきたい。

4. 自殺企図後の対応

医療スタッフがどんなに努力を続けていても、実際には、自殺企図や自殺に遭遇することは避けられないのが現実である。それでは、自殺企図が実際に起こった場合、どのような対応を行うべきであろうか？

当然のことながら、自殺企図によって生じた身体状況に対する迅速で適切な処置がまず必要であるが、本項では、その処置後の対応を念頭においた内容を紹介する。まずは自殺企図が繰り返されないように、安全で保護的な環境を提供する必要がある。具体的には、医療スタッフあるいは家族が常時付き添う環境を提供することが望まれる。次に、自殺企図に及んだ背景に存在する苦痛を包括的に評価する必要があるが、この際、身体的、心理的、そして社会的な要因

すべてに言及する必要がある、とくに心理社会的な要因の評価のためには精神科医や心療内科医等との連携が必須となる。また、同定された苦痛症状を緩和するために、多職種による医療チームを結成することも重要である。この際、医療者が理解した患者の苦痛を患者自身に伝え、その苦痛を可能なかぎり和らげる努力を継続的に行うことを伝える。その上で、再度希死念慮が高まるようなことがあった場合は、背景になんらかの苦痛が増強していることを示唆する兆候なので、自殺企図という行為に及ぶのではなく、その気持ちを医療者に言葉で伝えてもらうよう依頼し、できればそのことについての約束をしてもらう。自殺企図の存在は、その後の自殺既遂の最大の危険因子であるので、苦痛が緩和された後も、定期的に患者の状態のモニタリングを行うことが望まれる。

5. 自殺後の対応

次に、自殺という悲痛な結末を現実を迎えた場合の家族、その他の患者、そして担当していた医療スタッフに対する対応について概説する。本項では、文献的考察^{26)~28)}に著者のこれまでの経験、実践を交え、自殺後の家族やその他の患者、医療者への対応のあり方について言及してみたい。

(1) 家族

家族の突然の予期せぬ死に直面することは、家族にきわめて大きな衝撃をもたらすことは言うまでもない。先行研究によると、これら家族はその後に、うつ病や外傷後ストレス障害などに罹患する危険性が高くなることが知られている²⁹⁾。

自殺後の家族への対応としては、医療スタッフが可能なかぎり早期に面談を行い、家族の抱くつらい感情の表出を促し、それに共感することが重要である。また、その際、医療スタッフが感じている気持ちもオープンに伝えることが、家族の感情表出を容易にさせることが示唆されている。また、家族には医療スタッフが治療に最善を尽くしたことを伝えることも重要である。家族の心理的な反応はさまざまであろうが、悲嘆が非常に強い場合は、精神科医や臨床心理士など精神保健の専門家への受診の手助けをすることも必要である。そのほか、状況が許せば家

族の了承を得た上で葬儀に出席することも家族、医療スタッフ双方にとって喪の作業を進める上で有用である可能性も示唆されている。

(2) 周囲の患者

とくに入院中に自殺が生じた際には、自殺した患者と親しい関係にあった患者や同室の患者など他の患者への影響を考慮する必要がある。一人の患者の自殺を契機として短期間の間に同じ病院や病棟で複数の自殺が生じる事例(いわゆる群発自殺)が知られており、このような事態を防ぐためにも、親しい関係にあった患者や前述した自殺の危険因子を有する患者を把握し、注意深くモニタリングする必要がある。

(3) 医療スタッフ

a. 担当医および看護師

担当していた医師や看護師の心理的な衝撃もきわめて大きい。一般的には、とくに同様の経験を有する信頼できる同僚や上司に相談し、孤立感や自責感を軽減するなど自分自身に対する援助を積極的に求めることが推奨されている。がん医療に携わる医療スタッフが、自殺の発生を知らされた場合は、その事例に直接関与していなくても、他の医療スタッフの衝撃を和らげるために、心理的な援助を提供するなど積極的に働きかける必要がある。

担当患者の自殺にもっとも遭遇する機会の多い職種は精神科医であることが推測されるが、精神科医を対象に患者の自殺がもたらす心理的な衝撃を検討した研究が散見される。実際に、多くの精神科医は患者の自殺を経験しており、その後の心理的反応として、驚愕、否認、孤立感、離人感、自責感、自信の喪失、不安感、怒りなど、さまざまなものが経験されることが示されている。

個々の患者の自殺の危険性を事前に的確に予測することはきわめて難しいことが示されていることから、同僚や上司にあたる医療スタッフは、自殺に遭遇した担当医療スタッフを責めることなく、適切にサポートするべきであろう。

b. がん専門病院での取り組み

著者の前任地である国立がんセンターで、自殺に遭遇した際に行っていたわれわれの対応について紹介する。なお、これは、精神科に依頼

されていた入院患者が自殺した場合を想定したものであるので適宜職種を読みかえて参考にさせていただきたい。

自殺が起こった際には、精神科グループとして複数のスタッフで対応している。まず、担当精神科医は、担当医、看護スタッフと協力し、家族のケアにあたり、他の精神科スタッフが、医療スタッフのケアや症例検討会の開催などのコーディネートを行うようにしている。症例検討会は、担当医、担当看護師、当該病棟の看護師長をはじめ関係医療スタッフの出席を可能なかぎり促し、できるだけ早期(自殺後1週間以内)に開催するように心がけている。この際、司会は可能なかぎり直接の担当ではない精神科スタッフが行い、医療スタッフの抱く複雑な感情の表出を助け、特定の医療者がスケープゴートにされないように十分な配慮を行いながら、率直に治療経過を振り返るようにしている。その際に、自殺に関する一般事項にも触れながら、あくまでも今後の患者ケアに生かせるような結論に収束されるような進行を心がけている。また、個々の医療スタッフに関しては、必要に応じて個別の面接を行うが、精神医学的問題が顕在化している場合や予防的な介入が望まれる場合は、職場に十分再適応可能となるまでフォローアップしている。

おわりに

死を望むがん患者を前に、われわれ医療者は時として無力である。しかし、医療チームとして、最適ながん治療を提供することに加え、身体的、心理社会的な苦痛を和らげることを通して、個々の患者を支え続けることは可能であり、この支え続ける営みこそが患者の希望を支えることにつながりうる。現時点においては、自殺の完全な予防は不可能であることに加え、ある種の要件を満たせば、その合理性を支持するものもある。しかし、がん医療に携わる医療スタッフとして心にとめておきたいことは、良好な患者-医師関係が築かれた上で、身体症状が最大限に緩和され、心理社会的側面に対しても適切なケアが十分提供されていれば、患者が自ら死を望むことはほとんどないという事実である。

文 献

- 1) Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al. Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007 ; 61 : 704.
- 2) Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol* 1979 ; 109 : 59.
- 3) Fox BH, Stanek EJ 3rd, Boyd SC, et al. Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *J Chronic Dis* 1982 ; 35 : 89.
- 4) Allebeck P, Bolund C, Ringback G. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. *J Clin Epidemiol* 1989 ; 42 : 611.
- 5) Allebeck P, Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychol Med* 1991 ; 21 : 979.
- 6) Levi F, Bulliard JL, La Vecchia C. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud. *Oncology* 1991 ; 48 : 44.
- 7) Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer : 1971 to 1986. *Cancer* 1992 ; 69 : 1507.
- 8) Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 1994 ; 73 : 281.
- 9) Crocetti E, Arniani S, Acciai S, et al. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer* 1998 ; 77 : 1194.
- 10) Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al. Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999 ; 90 : 812.
- 11) Innos K, Rahu K, Rahu M, et al. Suicides among cancer patients in Estonia : a population-based study. *Eur J Cancer* 2003 ; 39 : 2223.
- 12) Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 4209.
- 13) Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, et al. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004 ; 40 : 1053.
- 14) Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, et al. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer* 2005 ; 92 : 995.
- 15) Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al. Suicide after breast cancer : an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst* 2006 ; 98 : 1416.
- 16) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995 ; 36 : 11.
- 17) Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, et al. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 : 544.
- 18) O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, et al. Recent developments : suicide in older people. *BMJ* 2004 ; 329 : 895.
- 19) Breitbart W. Cancer pain and suicide. In : *Foley K. Advance in Pain Research and Therapy*. New York : Raven Press ; 1990. p. 399.
- 20) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 1594.
- 21) Akechi T. Desire or early death in cancer patients and clinical oncology. *Jpn J Clin Oncol* 1999 ; 29 : 646.
- 22) Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, et al. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet* 1999 ; 354 : 1877.
- 23) Akechi T, Sakuma K, Okamura M, et al. Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics* 2003 ; 44 : 522.
- 24) Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, et al. Patients' suicides : frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 224.
- 25) Eagles JM, Klein S, Gray NM, et al. Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide : a perspective from north-east Scotland. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 494.
- 26) Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 1630.
- 27) Kaye NS, Soreff SM. The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 739.
- 28) 齊藤陽子, 中尾智博, 竹田康彦, ほか. 患者の自殺が主治医に与える影響. *精神医学* 2001 ; 43 : 647.
- 29) 高橋祥友. 患者の自殺に精神科医はどう対処すべきか. *精神科治療学* 2001 ; 16 : 563.
- 30) Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 108.

緩和ケアチームにおける精神医学の技術の効用

—精神腫瘍学の臨床・教育経験から—

内 富 庸 介* 藤 森 麻 衣 子*

I. 緩和ケアチームの長所

精神科医が緩和ケアチームに参加する動機づけの1つになればと思い、表1にメリットを挙げた。特にがん医療は、今まで生物学側面から研究も治療も行われてきたが、2人に1人は治らないという現実がある。また「病を見て人を見ない」という反省もあり、がんの心理社会的側面を扱う精神腫瘍学という部門ができた。こうした背景をきちんと受けとめて、まず、がんを慢性疾患としてとらえてみる。2人に1人は治るとはいつでも、患者は再発への不安をずっと抱える。これは統合失調症を強く意識したモデルである。

2番目にスティグマがある。1970年代にスーザン・ソングという社会学者が自らの乳がん体験をもとに、「隠喩としての病」という本を著した。その中で、いかにがんは社会的な病気であるか、が論じられている。人は、がんになったために職場から役割を失う等、いろいろな意味での社会的な死を経験する。これもやはり、人生早期から数々の喪失体験を経験するであろう多くの精神疾患、統合失調症のモデルを強く印象づける。

病勢が進み終末期になると、身体的にも社会的

表1 常勤精神科医が参画する緩和ケアチームの長所

- ・心理・社会的側面
 - 慢性疾患；再発不安
 - スティグマ；スーザン・ソング「隠喩としての病」
 - 意味の喪失；ビクトール・フランクル
- ・多職種医療チームをまとめる
- ・病院完結型がん治療から在宅医療へ
 - 医療、福祉との連携

にも役割の喪失を強く意識し、自分の存在価値、意味を問われることになる。このようなとき、精神的、治療上のバックボーンとして引用されるのは、どんな状況においても意味を見出すという、精神科医フランクルの一連の著作である。これらは、この領域で働いている精神科医、臨床心理士にとって大きな勇気となる源である。

次に、多職種医療チームをまとめるということである。もともと精神科は、いろいろなコメディカルと医療チームをつくってケアを行っていくことが多い。たとえば総合病院の現場では、精神的な負担や病を抱えて困っている外科医・内科医に、状況を把握した上で救いの手を差し伸べるリエゾン活動を行う。この多職種にわたるチームをまとめるのは、おそらく精神科医の力量ではないかと思う。

最後に、現在、がん治療も短期入院となっている。我々の病院でも、10年前にはがんだったら普通2〜3ヵ月は入院して帰ってこないのが一般的だったが、今はたった2週間である。肺がんの治療でも、手術をして翌週には退院となる。治るシナリオであれば非常によいが、そうでない場合、

2007年7月、東京にて収録。

Psychiatry and palliative care team: Psycho-oncology perspective.

*国立がんセンター東病院精神腫瘍学開発部

〔〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1〕

Yosuke Uchitomi and Maiko Fujimori: Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba, 277-8577 Japan.

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階
—英国がん患者の支持緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004

<p>第一段階：すべての医療スタッフに必須の評価とケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心理的ニーズの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談 ・基本コミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）である。
<p>第二段階：精神保健従事者に若干の訓練を要する評価とケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニング；がんの診断時、再発時、治療中止時などストレスが高度となる際 ・危機介入、支持的精神療法、問題解決技法を提供する ・対象：がん専門看護師、ソーシャルワーカー、英国ではGP
<p>第三段階：精神保健専門家による診断と治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断：軽度—中等度の不安、うつ、怒りなど ・治療：怒り、否認、希死念慮、スピリチュアルな問題、認知行動療法 ・対象：臨床心理士
<p>第四段階：精神保健専門家による診断と治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断：重度のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動など ・治療：中等度以上の精神疾患の治療を行う。 ・対象：精神科医（スペシャリスト過ぎる！）

治療効果がなかったことをきちんと伝えなければならぬ。やはり「breaking bad news, 悪い知らせをどのように伝えるか」というところが非常に重要になってくる。病院完結型のがん治療から通院・在宅医療へ移行しつつある現状で、精神科クリニックや精神科病院の先生が、在宅医療、緩和医療へ積極的に参画することにより、がん医療も慢性疾患モデルとして多職種チームをまとめて支えていくという流れになるだろう。

II. 心理学的評価とサポートの4段階

表2は、がん患者の心理学的評価とサポートを4つのレベルで理解しようというイギリスのNHSが公表しているNICE支持・緩和ケアマニュアルである。

第1段階はがん医療に携わるすべての医療スタッフに必要な評価とケアの内容である。診断ができる必要は全くなく、疑わしい、何かこれは問題がありそうだ、ケースとして取り上げなければいけない、何か変だという評価ができればよい。一方、ケアに必須であるのは基本的なコミュニケーションである。患者が必要となる適切な情報提

供、理解の確認、共感、敬意とあり、これらは言葉で書くと非常に簡単だが、やはり永遠のテーマにもなるほど難しいものだと思う。

第2段階は、精神保健従事者が対象で、イギリスでは修士を出たクラス、日本ではがん専門看護師、CNSなどと言われてまだ数は少ないが、コメディカルとして有能な方々である。ソーシャルワーカー、イギリスではGP: General Practitionerもうつ病の診断などに入ってくるので、広く浅く精神保健に関わるすべての人に必要なものである。評価としては、がんの診断時、再発時、抗がん治療の中止時、ストレスが高くなる時にどういったスクリーニングをすればよいか。また、スクリーニングされてストレスが高まっている方への介入や支持的精神療法、問題解決技法など、ある程度講習会を受けた上で提供する内容が盛り込まれている。

第3段階は、精神保健専門家による診断と治療である。軽度から中等度うつ病、怒りなど、抗うつ薬を必要とするほどではない程度の適応障害レベルのもので、怒り、否認、希死念慮、スピリチュアルな問題を扱い、認知行動療法を行う。

第4段階によりやく精神科医が出てくる。重度