

ルに従って分類し、プライマリチームから専門家の介入まで4段階を設定した(表1)¹⁵⁾。日本においても、がん対策推進基本計画に基づく10万人の医師を対象とした緩和医療研修やが

んプロフェッショナル養成プランが計画されている。人材の育成を含め、サイコオンコロジーのより一層の普及・啓発が望まれる。

■ 文 献

- 1) Kadan-Lottick NS, et al: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 104: 2872-2881, 2005.
- 2) Distress Management, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[<http://www.nccn.org>]
- 3) Tanaka H, et al: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90: 812-817, 1999.
- 4) Ramirez AJ, et al: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-728, 1996.
- 5) Cantwell BM, Ramirez AJ: Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ* 31: 17-21, 1997.
- 6) Maguire P: Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 35: 1415-1422, 1999.
- 7) Fujimori M, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 14: 1043-1051, 2005.
- 8) Fujimori M, et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16: 617-625, 2007.
- 9) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983.
- 10) Wilson Gほか: 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネージメント。緩和医療における精神医学ハンドブック(内富庸介監訳), 初版, p29-53, 星和書店, 2001.
- 11) Passik SD, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-1600, 1998.
- 12) 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* 132: 209-218, 2000.
- 13) Shimizu K, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 1949-1956, 2005.
- 14) 内富庸介: がんへの通常の心理反応。リエゾン精神医学とその治療学(松下正明編), p51-58, 中山書店, 2003.
- 15) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer[<http://www.nice.org.uk>]

特

.....緩和ケアチームの現状と展望.....

集

緩和ケアチームが機能するための課題

小川朝生*1 内富庸介*1

Current Status of Palliative Care Teams in Japan: Ogawa A*1 and Uchitomi Y*1 (*1Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East)

In Japan, national initiatives have called for improved pain and physical, psychological symptoms for cancer patients and families. Hospital-based palliative care teams (PCTs) were covered by national medical insurance in 2002. Basic Plan to Promote Cancer Control Programs approved in 2007 and many hospitals intend to start up PCT activity. PCT consists of appropriately trained physicians, psychiatrists, and nurses, however, many hospitals are understaffed and PCT activation is still low. The training program for launching PCTs is needed.

Key words: Psycho-oncology, Palliative medicine, Palliative care team, cancer, Supportive care

Jpn J Cancer Clin 55(6): 441~446, 2009

はじめに

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針が出され、全国の拠点病院においては緩和ケアチームの設置が急速に進んだ。さらに2009年10月までには緩和ケアチームに専従看護師の配置も求められている。2002年に「緩和ケア診療加算」により制度化されたものの、なかなか普及するには至らなかった緩和ケアチームも、「がん対策基本法」およびそのマスタープランである「がん対策推進基本計画」策定、その全体目標に「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上」が盛り込まれたことから大きく方向転換しつつある。緩和ケアチームは、治療の初期段階からの緩和ケアを実施するために、緩和ケアの均てん化の礎として期待されている。しかし、緩和ケアチームが設置されたものの、チームに求められ

ている役割が不明確に留まり、院内での位置づけが不安定、チームのメンバーが兼任のみで活動実体的ないチームが多い。今回、日本における緩和ケアチームの現状を考察し、チームが有効に機能するための課題を考えてみたい。

1 ● 緩和ケアチームとは

基本的な確認になるが、まず緩和ケアチームとは何かを概観したい。

緩和ケアチームとは、一般病棟において、担当医や病棟、患者からの依頼を受けて入院患者の疼痛や倦怠感、呼吸困難感などの身体症状、せん妄や抑うつ・不安などの精神症状への対応、その他社会的問題を含めた包括的な支援を提供する複数の専門職から構成される集団である。

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5%に過ぎないこと、ほとんどのがん患者が一般病棟でなくなる現状をふまえ、一般病院で積極的に専門

*1 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

的な緩和ケアを提供する体制を整えることが求められていたことがある。

緩和ケアチームは、1976年に St. Thomas' Hospital の症状緩和チームに由来し、80、90年代を通して世界的に普及してきた。現在米国では、全病院の約30%に緩和ケアチームが設置され、緩和ケア専門医を中心に、専門看護師、リエゾン精神科医、理学療法士、ソーシャルワーカーが参加して協働して支援にあたっている。

緩和ケアチームに要求される知識・技術には、

- 1) 疼痛、身体症状マネジメント
- 2) 精神症状マネジメント
- 3) 患者-医療者間コミュニケーションの支援
- 4) ケアの目標の設定
- 5) 洗練された退院支援の提供
- 6) 悲嘆への支援

などがある¹⁾。

海外の緩和ケアチームの活動状況をみると、コンサルテーションの依頼内容については、70-80%が症状マネジメントに関する依頼であるが、退院支援、ケアの検討・目標設定、終末期の問題に関する依頼まで幅広く受け、広範な支援を行っている。

また、同時に緩和ケアチームの有効性に関する調査も行われており、院内症状のコントロール率の向上、在宅への移行率の向上、コストの削減効果、入院期間の短縮なども報告されている²⁾。

2 ● 緩和ケアにおいてチーム医療を行う目的

次に緩和ケアチームがチームとして活動する目的を考えてみたい。

一般に医療分野においてチーム・アプローチがとられる目的には、医療技術が高度化していくことに対応して各人が役割を分担し、高度な専門性を確立すること、また、専門性を確立した個人が連携し医療の効率化を促進することがある。これは医療チームが実現すべき到達点であり、たとえば手術室や救急医療において実践されている。

一方、緩和ケアにおいては、専門性と効率の追求に加えて、包括的なアセスメントを行うことも

目標に掲げられている。この背景には、緩和ケアにおけるチーム・アプローチが生まれた1960年代の在宅医療においては、Cicely Saunders や Robert Twycross らが、患者の Quality of Life (QOL) を向上させることを目標とした全人的な症状緩和を提唱したことがある。彼らは、特殊化、専門分化した医療体制への反省から、患者やとりまく問題を多職種による複数の視点から検討することにより、全体を俯瞰する視点を回復させることを目指した。

このように、緩和ケアにおける多職種チームには、それぞれの領域の高度化・専門化を推進する一方、細分化することによって失われた全体を見渡す視点を期待する面があることは注意が必要である³⁾。

3 ● がん対策推進基本計画が求める緩和ケアチームの役割

がん対策推進基本計画では、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進」するために、取り組むべき施策として、緩和ケアチームに関連して以下の項目をあげている。

- 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) 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。

また、予算に関しても、がん診療連携拠点病院の整備が重要視されているように、拠点病院を通してがん医療の均てん化を強く推進する意図がある。

4 ● 緩和ケアチームの現状

では、現在の日本における緩和ケアチームの実態はいかがであろうか。日本にある全ての緩和ケアチームを網羅した調査はないが、大半の緩和ケアチームが拠点病院に設置されていることから、

拠点病院に関する調査から緩和ケアチームのおおよその実体を知ることができる。

日本緩和医療学会が2008年に厚生労働省委託事業として実施した「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」⁴⁾によると、緩和ケアチームで年間50名以上の直接の診察、コンサルテーションを実施した実績のあるチームは全国353拠点病院のうち、187施設で全体の53%に留まっていた。緩和ケアチームの3カ月間の新規依頼件数の中央値は13.5件、依頼件数10件未満の施設が35%あり、設置はされたものの活動はまだ定着していない可能性をうかがわれる。

活動実体に関しては、緩和ケアチームが週に1回以上直接診察し、かつ平日はチームが直接診療できる体制を取っているチームは、265施設、75.1%に留まっていた。週に3日以上チームが直接診察する活動を行っている施設は195施設、55.2%であり、約半数の施設では、緩和ケアチームが継続的な支援体制をとれていないと考えられる。

緩和ケアチームは疼痛のみならず、他の身体症状や精神症状、心理・社会的支援も担うことが期待されている。緩和ケアチームの活動が広がってくれば、疼痛だけではなく他の症状コントロールも行い、包括的なケアを提供する体制になると考えられる。実際に、依頼内容の内訳をみると、「疼痛以外の症状緩和の割合が20%以上」の施設は65%であり、約40%の施設は疼痛のみの依頼を受けている状況であった。

緩和ケアチームのメンバーは症状緩和に関して専門的な知識・技術を習得することが望まれる。緩和ケアチームに日本緩和医療学会所属の医師がいるチームが269施設(76.2%)、日本サイコロジ学会所属の医師がいるチームが100施設(28.3%)、専門看護師または緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師が参加しているチームは200施設(56.7%)に留まっていた。緩和ケアチームが在宅連携を含め、包括的なケアを提供するうえで看護師の役割が重要になるが、ある程度専門的な技術を習得した看護師が配置されている施設が約半数に留まっていることは、緩

和ケアチームがプライマリーチーム以上の専門性を獲得できていないとも言える(図1)。

5 ● 日本において緩和ケアチームが抱える問題点

以上のように、緩和ケアチームの目的や現状、臨床の問題点をまとめ、現在緩和ケアチームが抱える問題点を個人・チーム・施設のレベルにおいてまとめると下のようになる(表1)。

今求められていることは、緩和ケアチームという構造を個人人の活動を越えてチームとしての活動を形成すること、チームを病院という組織の中に根付かせることができるか否か、その活動が個人々人が活動する以上の成果を上げることができるかどうか、統合と効率化の観点から評価することが必要となる。

6 ● 緩和ケアチームが機能するための課題

では、緩和ケアチームが機能するためにはどのような課題を克服することが必要になるのだろうか。問題点のレベルに対応して考えをすすめていきたい。

1 ■ 個人のレベル

まず構成メンバー個々の意識として、がん医療における緩和ケアの意義と目的を確認することが重要であろう。

特に緩和ケアチームの設置が、がん診療連携拠点病院の更新に必要とされたことから、半ば業務命令として緩和ケアチームが組織された病院も少なくない。どうしても個人々の興味関心から外れる場合があり、本来の業務から外れた業務をやらされている感が否めない。また、多忙な業務の中で、従来の業務はそのままに荷物だけかけられる場合もある。その中で構成メンバーで意見を交換し、活動を持続するためには個人々のなかでの認識は非常に重要になる。

また、当たり前ではあるが、緩和ケアに関する総合的な知識・技術を得ることは必要になる。そ

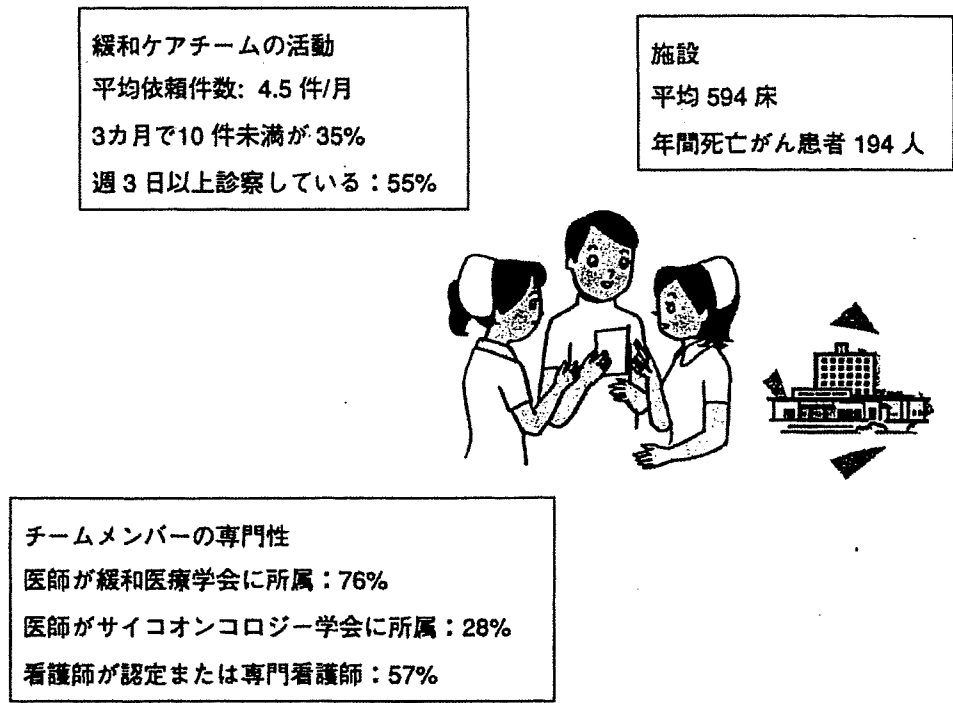


図 1 がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査より

表 1 緩和ケアチームの抱える課題

レベル	問 題 点
チームメンバー	ほとんどが兼任で構成 時間内に活動時間が確保されていない、関心のある人のボランティアで成立している活動実態 緩和ケアの専門家の不足 緩和ケアの総合的な研修を受ける機会が不足している。ピア・レビューが行われず独善的になる危険がある
チーム	緩和ケアチームの目的が不明確である チームの活動が個人の意欲・能力に過度に依存している チーム活動が構成メンバー個々の活動の持ち寄りで成り立っていることが多く、体系化していない プライマリーチーム以上の専門性を獲得できていない（プライマリーチームからコンサルテーションを受ける技術レベルに達していない可能性） 構成メンバーの志向がまとまらず、組織として継続しにくい チーム医療の文化が根付いておらず、受け入れられにくい
施設	役割が多方面にわたっており、整理されていない（過度の期待）（活動時間が認められていない状況の中で、コンサルテーション活動および教育、地域連携を全て担うことは困難） 組織内での位置づけが不明確であり、組織内での調整が難しい経営上の貢献が出しにくいいため、経営側からの協力が得られない

の場合、全ての医療者に求められる基本的な緩和ケア技術を超えて、難治症状に対する症状緩和の知識・技術も緩和ケアチームに求められよう。しかし、現在のところ、緩和ケアの専門技術の研修を全ての拠点病院の緩和ケアチームに提供できるプログラムはなく、個々の医療者の努力に寄っていることが大である。

2) チームのレベル

次にチームのレベルに関しても課題が多い。まず、緩和ケアチームの目的とその目的を達成するための方針が明らかになっていない点がある。緩和ケアチームが設置された場合、その組織内で何を達成するのか迷われる場合がしばしばあ

る。迷う理由として、モデルとなる緩和ケアチームの活動が示されていない点がある。

緩和ケアチームはもともと欧米で発展したシステムであり、その方式を日本の医療システムの中に取り入れた。しかし、欧米の緩和ケアチームは、緩和ケアの専門医やコンサルテーションに応じる技術を持った看護師を核に、高度の専門的な緩和ケアの知識とコーディネート能力を有している。一方、日本においては、緩和ケアチームに緩和ケアの専門医はほとんどいない。いわば日本の緩和ケアチーム設置の背景には、緩和ケアの専門医の不足を補い、とりあえず一般的な緩和ケアが提供されることを期待して、多職種を集めた面がある。実際、難易度の高い症状緩和の技術を習得するための研修は行われていない。

2007年度に緩和ケアチームを対象とした講習会を企画した際にチームメンバーを対象に調査を行った。そこで、メンバーの習熟度について質問をしたところ、疼痛緩和のための知識・技術を十分に持っていると判断している者は、身体症状緩和担当医師でも37.8%、看護師でも37.3%に留まった。また症状緩和を行うために必要なトレーニングを経験したと応えた者は、身体症状緩和担当医師では17.0%、精神症状緩和担当医師においては、わずか5.3%しかいなかった。

全体を概観できるデータではないものの、大半の緩和ケアチームの技術・知識は基本的には担当医と同等となり、緩和ケアチームが症状緩和を行う意義が見いだせなくなる。

となると、緩和ケアチームは、院内で緩和ケアの普及を図ることを目的としたチームと誤解されることも無理はない。特に昨年より、厚生労働省通達により「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が実施されるようになった。よかれ悪しかれ緩和ケアチームは運営にかかわらざるを得ないことも多く、研修会が行われ、みながオビオイドを使えるようになったら緩和ケアチームは不要ではないかとの意見もでてくることももっともである。

緩和ケアチームは、本来は海外においては、総合病院において緩和ケア病棟やホスピスと同等の難易度の高い症状にも対応すべき高度の技術を持

った専門チームであるが、日本においては、専門家が絶対的に不足している状況をどうにかするために、いくつかの職種を集めてチームを作り対応にあたらせているという状況の違いがある。日本において、一般総合病院に緩和ケアの知識を普及させるための第一歩にはなるものの、がん対策推進基本計画が望むような「質の高い緩和ケア」を提供する体制となるためには、緩和ケアチームの目的と役割を明示するとともに、活動のモデルを提示することも重要である。

今後、緩和ケアチームが機能するためには、

- 1) 緩和ケアチームの役割・目標を明示すること。
- 2) チームの構成メンバー個人々の役割を明確にすること、特に急性期ケアと重なる領域では、チームメンバーの意思の統一が必要になるし、実行する上で手続きを明らかにすることは必要になる。
- 3) 上記の項目を実行するために、チーム内の議論とフィードバックを行う体制を整えること、チーム内・外を通じてお互いに検討しあう体制を整えることが必要になる。

緩和ケアチームに対応が求められる問題は、病状の複雑さに加えて患者・家族のニーズが多岐にわたり、その全体像をまず把握しないと方向性を見失う危険がある。そのためには各職種の協力が必要になる。このような多職種チーム (Interdisciplinary team) を構成することは、緩和ケアにおいては必須であるが、一方、医療チームの特性として、

- 1) 専門職の集まりであり背景が大きく異なる。
 - 2) 各メンバーの持つ知識の領域、質が異なる。
 - 3) 各メンバーの専門性が高いためにそれぞれの介入が複雑になり、全体像をそれぞれのメンバーが把握することが困難になる。
- という問題点がある。

その問題点を越えて、チームとして活動し、包括的なアセスメントとケアを提供するためには、

- 1) 各職種がもつ知識を共有し、現実問題に適應できる形式にすること。

表2

レベル	課題
チーム	役割の明確化・認識
メンバー	緩和ケアに関する知識・技術の向上
チーム	チームの役割の明確化・認識 チーム医療に関する知識・技術の向上
組織	施設内での位置づけの明確化 地域とのギャップを埋める作業

2) 現場の情報をお互いに利用可能な形に加工すること。

3) 各メンバーが共有するための具体的な取り組みを行うこと。

が必要になる。これらは知識・情報管理 (knowledge management) と総称される。この体制をくり返し行い、各メンバーの活動をお互いに調整することがチームワークであるが (表2)、そのための構造を意識して構成することが必要だろう。

現在緩和ケアチームに関する研修会としては、国立がんセンターがん対策情報センターが企画する「がん診療連携拠点病院 緩和ケアチーム研修会」がある。これはがん対策基本法およびがん対策推進基本計画の理念に基づき、全国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの質の向上と均てん化を目指し、がん診療連携拠点病院の緩和ケアの提供体制の整備のために行われている。扱う内容としては、緩和ケアチームの各職種の連携と協働、コンサルテーションに関する内容である。参加者からはおおむね満足をいただいているが、各施設による活動状況に差があり、全てのニーズに対応できているわけではない。また、これから活動を進めていくことを考えている施設にとっては難易度が高いとの評価を受けており、均てん化に資する内容を開発することが必要になるだろう。

3) 組織

最後に施設内で課題を整理する。

緩和ケアチームは多職種から構成されるチームであり、一般の病院の縦割り組織のなかでは位置

づけにくい。施設内での認知度がなかなか上がらない問題と同時に、部門間の軋轢・調整が緩和ケアチームのメンバー間にかかり、各メンバーの負担が増大しメンバーが疲弊する問題が挙げられる。

緩和ケアチームの活動が非常に多岐にわたり、その活動の成果が具体的に見えてこない点がある。アウトカムを明示する必要がある。

また、同時にチームとして効率が上がっているかどうかの確認は必要になるだろう。緩和ケアチームに人が増員されれば、提供されるケアの質が向上することは当たり前である。緩和ケアチームとして意義が認められるためには、増員以上に提供されるケアの質の向上が必要になる。様々なケアが提供され、研修会を含めて普及啓発が進むことは重要であるが、同時に効率的でない場合には、経済的な面を含め無理が生じ、結局活動が持続しなくなるであろう。効率と統合のバランスを考えながらの展開が必要である。

まとめ

日本における緩和ケアチームの現状を概観した。緩和ケアチームがそれぞれの拠点病院の中で理解され、根付き、適切な緩和ケアが提供される礎になることを強く願っている。

文献

- 1) Cintron A, Meier DE: The palliative care consult team. In: (eds), Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al: Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 259-265, 2006
- 2) Pan CX, Morrison RS, Meier DE, et al: How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future directions. *J Palliat Med* 4: 315-324, 2001
- 3) 細田満和子: チーム医療とは何か? In: 鷹野和美編 チーム医療論, 医歯薬出版, 東京, 1-10, 2002
- 4) 日本緩和医療学会: 厚生労働省委託事業 がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業 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調査結果報告書 (<http://www.jspm.ne.jp/itaku/07itaku01.pdf>)

特集

Geriatric Oncology (老年腫瘍学)

高齢者の精神腫瘍学*

小川朝生**
内富庸介**

Key Words: psycho-oncology, dementia, cognitive impairment, competence, geriatric oncology

はじめに

わが国において、2007年には65歳以上の老年人口は2,750万人となり、全人口の21.6%を占めるに至った¹⁾。がんは45~89歳までの男性、40~84歳までの女性の最大の死因であるように広い年齢に分布する。その中でとくに高齢者の罹患に注目すると、全悪性新生物死亡数のうち、65歳以上が78%を占めている。がんはまさに高齢者の疾患である。

平均寿命が延びることは、高齢者のがん発症率・有病率が増大することを意味する。同時に高齢者の人口が増加することは、がん治療において高齢者に特有の問題を考慮に入れる必要性を示唆する。

加齢はがん医療の不均衡と強く関連する。一般に患者の年齢が高くなるほど、治療をひかえる傾向がある。担当医は高齢がん患者の場合には、治療の有害事象と引き替えに得られる有益性の少なさから、高齢者には若年者と異なる選択肢を提示する傾向がある²⁾。しかし、高齢がん患者でも適切な手術、薬物療法により生存期間を改善することは可能である³⁾。単に高齢という

だけで、生活の質(QOL)の改善や生命予後の改善を期待できる治療を受ける機会を失うことがあってはならないが⁴⁾、一方、明らかに有益性のない治療は避けられなければならない。

それゆえに、高齢がん患者に対して、適切で包括的ながん治療を提供するために、総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)の実施が強く奨められている。

高齢がん患者に対して、身体症状のみならず、患者をとりまく精神医学的問題、心理・社会的問題に対して適切なアプローチが必要である。がんと精神心理的問題との関連を扱う分野である精神腫瘍学(サイコオンコロジー: psycho-oncology)においても、若年患者とは異なるアプローチを創造していかなければならない。本稿では、高齢者の精神症状として重要な課題である認知機能障害・認知症を中心に、新しい精神腫瘍学の取り組みを紹介していきたい。

総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)

CGAとは、Comprehensive Geriatric Assessmentの略で、疾患のある高齢者に対して、機能的、社会的、精神心理的観点からその高齢者の生活機能障害を総合的に評価する手法である⁵⁾(表1)。CGAが必要とされるようになった背景には、生活機能障害をもつ高齢患者数が著しく

* Senior adult psycho-oncology.

** Asao OGAWA, M.D., Ph.D. & Yosuke UCHITOMI, M.D., Ph.D.: 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 柏市柏の葉6-5-1〕; Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa 277-8577, JAPAN

増加したことにより、疾患や生活機能障害相互の関連を把握し、適切なケアを幅広く提供する必要が高まったことによる。とくにがん医療においては、CGAを実施することにより、合併症や社会的支援不足、栄養不良などが治療の阻害因子となり得る問題をあらかじめ同定し、適切な対応を行うことが可能になる。

とくに精神心理的問題としては、認知機能障害とうつ病への予防的対応が重要である。認知機能障害をもつがん患者は、セルフケア能力が低下するため健康状態が悪化しやすい。また、認知機能障害自体が、うつ病の危険因子であり、治療のアドヒアランスの低下や死亡リスクの上昇を招く⁶⁾。そのため、National Comprehensive Cancer Network (NCCN)の推奨するCGAにおいても、どちらの疾患のスクリーニングも盛り込まれるようになった⁷⁾。

認知機能障害

1. 認知症

認知症とは、正常に発達した認知機能が、後天的な器質性障害(神経変性など)により持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。認知症の定義はいくつか提唱されているが、代表的なものにDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)がある(表2)。認知症の罹患率は65歳で1.5%、70歳で約4%、75歳で約7%、80歳で約15%であり、およそ65歳以上の10人に1人が診断基準を満たす⁸⁾。わが国では高齢化に伴い認知症患者も増加し、2006年でおおよそ200万人が認知症に罹患していると見積もられている。

表1 総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment)

パラメータ	評価
機能	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作(ADL)(食事、更衣、排泄、整容、移動、入浴) 手段的日常生活動作(IADL)(乗り物の利用、金銭管理、服薬、買い物、食事の支度、洗濯、家事、電話) 全身状態(PS)
併存症	<ul style="list-style-type: none"> 合併症の数 合併症の重症度
社会経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> 生活状況 介護者の有無 収入 交通機関へのアクセス 経済的問題
老年症候群	<ul style="list-style-type: none"> 認知症 うつ病 せん妄 転倒 骨粗鬆症 虐待 自律性の喪失 持続的めまい
多剤投与	<ul style="list-style-type: none"> 投薬数 薬物間相互作用
栄養	<ul style="list-style-type: none"> 栄養学的なリスク

また、認知症には病型があり、もっとも有病率の高いアルツハイマー病をはじめとし、血管性認知症、レビー小体病、前頭側頭葉型認知症と続く。この4つの病型を総称して4大認知症とまとめることがある(表3)。

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症自体がセルフケアの障害を通してリスク因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応が必要となったり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある。介護の負担から家族の精神的健

表2 認知症の診断基準

- A 多彩な認知欠損の発現で、それは以下の両方により明らかにされる。
- (1)記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害)
 - (2)以下の認知障害の1つ(またはそれ以上):
 - (a)失語(言語の障害)
 - (b)失行(運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害)
 - (c)失認(感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと)
 - (d)実行機能(すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する)の障害
- B 基準A1およびA2の認知欠損は、そのおのおのが、社会的または職業的機能の著しい障害をひき起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。

(DSM-IVより、一部改変)

表 3 認知症の各疾患の特徴

	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
発症・進行	緩徐	突然・階段状	緩徐	緩徐
認知機能障害	記憶障害 見当識障害 失行 失認 失語	記憶障害 失行 等	アルツハイマー病に 類似 せん妄に伴い 変動が著しい	自発性低下 常同行為 失行 失語
精神症状	人格変化		幻視 せん妄	人格変化が目立つ 被影響性亢進 病識欠如
神経症状		障害部位による巣症状 偽性球麻痺 脳血管性 パーキンソニズム	パーキンソン症候群 REM睡眠行動障害	病初期には軽微 進行するとパーキンソニズ ム, 球麻痺, 上肢主体の筋 力低下, 筋萎縮, 錐体路

康にも影響する。

抗がん治療が実施されている場合、安全性の評価の上で認知機能の評価は重要である。たとえば、外来の場においては、

- ①経口抗がん剤の服薬を間違える
- ②化学療法に伴うセルフケアができない
- ③治療方針が理解できない、決定できない
- ④オピオイドの内服を間違える

などの問題が生じる危険性がある。

治療と関連して、認知症を合併したがん患者は、進行がんの比率が高く、stagingが不明の患者が多い⁹⁾。また、認知症の既往は予後にも影響する。乳がんや前立腺がん、大腸がんを対象とした米国のMedicareのデータベースを用いた後方視的研究では¹⁰⁾、非認知症のがん患者の6か月以内の死亡率が8.5%だったのに対して、認知症を合併した場合には33%に上った。死因別に検討すると、認知症を合併した患者では、がんに関連する死亡もがんに関連しない死亡もともに上昇していた。認知症を合併したがん患者では、stageが不明の症例が多く、死亡率上昇の13.6% (結腸・直腸がん)から16.4% (乳がん)は、がんが進行期であることで説明ができた。一方、前立腺がんにおいては、病期を調整すると、認知症はがん関連死にはほとんど影響しないと見積もられており、がん種による差は今後の検討課題である。また、認知症患者では、診断病期の予後への影響は非認知症患者よりも小さいことも明らかになった。これは認知症患者には治療に伴う合併症の影響が相対的に大きいことを示

していた。

認知症に関しては、前向き研究による詳細な検討が必要であるが、認知症を合併した場合に病期の影響が小さいことは、早期発見のためのスクリーニングの有効性も認知症の有無で異なることが考えられ、若年者を対象とした診断予防のガイドラインをそのまま高齢者に外挿することは難しいのかもしれない。

2. がん治療に伴う認知機能障害

がん薬物療法が発展し予後が期待できるようになった一方、抗腫瘍薬による治療後に慢性的な認知機能障害が生じる可能性が報告されるようになった。主に認知機能障害は、乳がん患者を中心に調査されているが、他のがん種でも起こり得る¹¹⁾。認知機能障害は微細ではあるものの、言語性記憶や視覚性記憶、精神運動速度の低下、実行機能の低下など多岐にわたるとの報告がある¹²⁾。

化学療法による認知機能障害に注目が集まるようになった背景には、乳がん患者から「頭に霧がかかったようで、すっきりしない」や「頭が重く集中できない」などの訴えが出てきたことによる。この薬物療法に関連すると考えられる認知機能障害は総称して“chemo-brain”とも呼ばれ、とくにサバイバーの社会復帰の障害として取り上げられてきた。実際に、認知機能障害があるとすると、社会復帰の障害やQOLの低下を招くため、早期から適切な対応が必要である。

抗腫瘍薬の中には、5-fluorouracil (5-FU) や ifosfamideのように脳症を誘発するリスクが知ら

れている薬剤はあるが¹³⁾、その実態や機序は明らかではない。抗腫瘍薬が神経毒性をもつことは知られていたものの、中枢神経系の場合は脳血液関門が存在することから直接の影響はほとんどないと考えられていた。Ahlesらは、化学療法が誘導する認知機能障害を概説し、中枢神経系が傷害される仮説として、①実質的な脳血液関門の機能を果たす汲み出し機能をもつタンパク(multidrug resistance 1)の機能、②酸化ストレスによるDNAの傷害、③サイトカインによる中枢神経系への間接的な効果、④神経伝達物質濃度の変化、を提示している¹⁴⁾。しかし、どの機序が関係するのはいまだに明らかではない。いくつかの後方視的研究では、認知機能障害ががん薬物療法を受けた後に出現すること、その障害は治療完遂後数年間持続する可能性がある¹¹⁾。抗腫瘍薬の投薬量が多いほど認知機能障害の発症頻度の高さが関連するとの報告がある¹⁵⁾。

神経生理学的な検討では、注意力と関連する事象関連電位P300の振幅低下や基礎律動の異常が報告され¹⁶⁾、画像による検討では、前頭葉を中心とする白質・灰白質の体積減少が認められた¹⁷⁾。

しかし、がん薬物療法に伴う認知機能障害の報告は後方視的研究によるものが多く、薬物療法以前から存在するの否か明らかではない。薬物療法前、手術前よりも認知機能障害があるとの報告もある¹⁸⁾。薬物療法以前からの認知障害との関連因子として、腫瘍の存在、個体差の問題(加齢)、腫瘍随伴症候群などが指摘されているが、詳細な検討はこれからである。

意思決定能力の評価

がん医療において、インフォームドコンセントの重要性は指摘するまでもないが、適切なインフォームドコンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に判断する能力を有することが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力(competency)」という。

意思決定能力の有無は、本来は法的に決定されるものである。しかし、代理人制度である成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられていない。現時点で、意思決定能力がないと判断された治療

拒否のケースにどのように対応したらよいか、法的な回答はない。そのため、生命に関連する事態において、医師は自らが行う説明を患者が判断できるかどうかを個々の事態にあわせて判断していかなければならない。意思決定能力の判断には一定の原則はあっても、確立した法的判断基準があるわけではない。原則は、患者の利益を第一に、慎重に個別に対応する。

臨床場面において、意思決定能力が適切に判断されていないとの指摘が以前よりなされてきた¹⁹⁾。大きくは、認知症と診断された患者に対しては、能力低下が過度に評価され、適切な医療が提供されていない問題がある一方²⁰⁾、軽度認知障害のある患者では、見落とされている。臨床において、がん治療を専門とする医師が認知症を診断する必要はないが、意思決定能力の評価は治療方針の決定のための話し合いや、治験の同意を得るに際して必須であるため重要である。

意思決定能力の評価について、Appelbaumらの提唱する4つの機能に分けて検討することを勧めている²¹⁾。

- ①理解力(understanding)：提供された情報を理解・保持し、自分の言葉で説明できる。診断や治療を理解できる。
- ②認識する能力(appreciation)：自分自身の診断や治療、治療の選択により将来起こり得る結果を自分のこととして認識し考える能力。
- ③論理的な思考能力(reasoning)：診断や治療に関する情報を参考に、論理的に比較考察する能力。
- ④選択を表明する能力(states a choice)：意思決定の内容を明瞭に表明する能力。

選択に必要な意思決定能力は、その状況に応じて必要となるレベルも異なる(図1)。それぞれの能力は個々に評価を進めていく(表4)。治療方針の決定や治験の同意を得る際に、インフォームドコンセントに支障があると疑った場合には、保護者に情報を伝え対応を相談する。適宜精神科医や病院と関係のある法律家に相談をすることも望ましい。

高齢者とのコミュニケーション

意思決定能力の評価に加えて、高齢がん患者

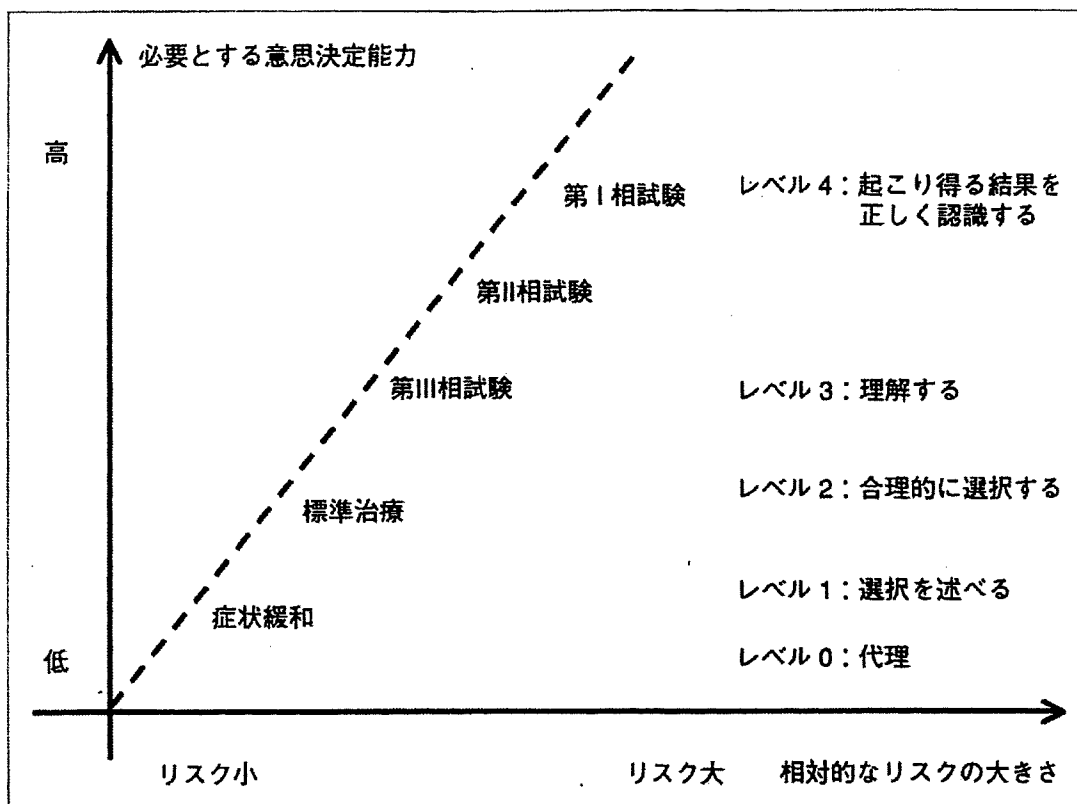


図1 臨床の各段階で必要とされる意思決定能力

表4 意思決定能力を構成する各機能

疾患についての理解	診断, 疾患の特徴, 経過について, 患者の理解の度合を確認する。
疾患についての認識	説明した疾患の内容が, 自分自身に関連していることと認識しているか否かを確認する。
治療とその危険性・苦痛についての理解	治療の名前, 治療の特徴を理解しているか確認する。
治療についての認識	利点・危険性の理解 治療について患者がどのように考えているか確認する。
代替治療	名称, 特徴, 利点, 危険性
論理的思考	選択と理由づけ 患者の希望を確認する。
	結果の推測 影響についての理解を確認する。
	最終的な選択
	論理的な一貫性

のインフォームドコンセントを得る場合にはコミュニケーションへの配慮も必要である。

高齢がん患者では, 若年がん患者と異なるコミュニケーションに関するニーズをもち, その関心, 情報源も異なっていることが知られている。高齢がん患者ほど, 診断や治療に関する情報を担当医のみから得る傾向が強い。また, インターネットなどの情報源を用いることはあっても, 友人や知人を通して得る情報を好む傾向がある²²⁾。

担当医は高齢がん患者の場合には, 治療の有

害事象と引き替えに得られる有益性の少なさから, 高齢者には若年者と異なる選択肢を提示しがちである²³⁾。この問題の背景には, 補助療法を実施することの利益と治療のリスクを踏まえた評価・情報提供が必要になるが, そのためには追加する治療が再発までの期間をどれだけ延長しているのか, あるいはその高齢者ががん以外の原因で死亡する可能性を踏まえて, 再発のリスクをどれだけ落としているのか(天寿をまっとうする可能性が高まるのか)という情報が必要になり, 問題は複雑である。不正確な情報しかな

いために、担当医は強く治療を押しづらい面も事実である。

おわりに

高齢者の抗がん治療と関連して、精神症状で合併率の高い認知機能障害を中心に精神腫瘍学の課題を取り上げた。高齢者の抗がん治療の目標は、平均余命が相対的に短く、ストレス耐性の低下した集団に対して、治療による利益がリスクを上回るかどうかを判断することになる。

これは、

- ①患者はがん死するかどうか
- ②生存中にがんに伴う合併症を併発するリスクはあるのか
- ③患者はがん治療に耐えられるのか

の問題を検討しなければならない。治療効果を最大限に高め、患者の生活の質(QOL)の向上を図るためには、心理・社会的問題を含めた包括的な評価と、加齢に関連する問題を視野に入れた考察が必要である。

文 献

- 1) 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 厚生指針 2008 ; 55(臨増).
- 2) Woodard S, Nadella PC, Kotur L, et al. Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy : evidence of possible age bias? *Cancer* 2003 ; 98 : 1141-9.
- 3) Extermann M. Management issues for elderly patients with breast cancer. *Curr Treat Options* 2004 ; 5 : 161-9.
- 4) Saltzstein SL, Behling CA. 5- and 10-year survival in cancer patients aged 90 and older : a study of 37,318 patients from SEER. *J Surg Oncol* 2002 ; 81 : 113-6.
- 5) 西永正典. 総合機能評価(CGA)の臨床とその意義. *日老医誌* 2000 ; 37 : 859-65.
- 6) Wilson G, Chochinov HM, de Faye BJ, ほか. 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネージメント. 内富庸介・監訳. 緩和医療における精神医学ハンドブック. 東京 : 星和書店 ; 2001. p. 29-53.
- 7) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Senior Adult Oncology V.I.2009. (http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/senior.pdf)
- 8) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC : American Psychiatric Association ; 2000(高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸・訳. DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 新訂版. 東京 : 医学書院 ; 2004).
- 9) Gupta SK, Lamont EB. Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 1681-7.
- 10) Raji MA, Kuo Y, Freeman JL, et al. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2033-40.
- 11) Tannock IF, Ahles TA, Ganz PA, et al. Cognitive impairment associated with chemotherapy for cancer : Report of a workshop. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 2233-9.
- 12) Vardy J, Wefel JS, Ahles T, et al. Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction : An international perspective from the Venice cognitive workshop. *Ann Oncol* 2008 ; 19 : 623-9.
- 13) 前田隆司, 安藤正志. 神経症状. *コンセンサス癌治療* 2006 ; 5 : 196-9.
- 14) Ahles TA, Saykin AJ. Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nat Rev Cancer* 2007 ; 7 : 192-201.
- 15) Schagen SB, Hamburger HL, Muller MJ, et al. Neurophysiological evaluation of late effects of adjuvant high-dose chemotherapy on cognitive function. *J Neurooncol* 2001 ; 51 : 159-65.
- 16) Kreukels BP, Schagen SB, Ridderinkhof KR, et al. Electrophysiological correlates of information processing in breast-cancer patients treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2005 ; 94 : 53-61.
- 17) Inagaki M, Yoshikawa E, Matsuoka Y, et al. Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2007 ; 109 : 146-56.
- 18) Hermelink K, Untch M, Lux MP, et al. Cognitive

function during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer : results of a prospective, multicenter, longitudinal study. *Cancer* 2007 ; 109 : 1905-13.

- 19) Markson LJ, Kern DC, Annas GJ, et al. Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 1994 ; 42 : 1074-80.
- 20) Karlawish J. Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals* 2008 ; 16 : 91-8.

21) Appelbaum PS. Clinical Practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 1834-40.

- 22) Elkin EB, Kim SH, Casper ES, et al. Desire for information and involvement in treatment decisions : elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 5275-80.

* * *



がん対策基本法を受けて変わりつつあること
—今後の緩和ケアを見つめて—

トピックス②

精神腫瘍学クイックリファレンスの作成について



小川朝生* 内富庸介*



がん対策推進基本計画にしたがって「患者・家族の療養生活の質の維持向上」を図るために、がん診療連携拠点病院においては、精神心理的ケアへの取り組みが求められている。精神心理的ケアは、コミュニケーションに関する問題に加えて、精神医学的問題に対する治療やケアの提供、心理・社会的問題、倫理的問題への対応が含まれる。しかし、精神心理的ケアが広範にわたり概要がつかみにくいことや情報が少ないこともあり、その取り組みは遅れがちであった。そこで、拠点病院において提供される精神心理的ケアを示すとともに、その実践を支援するために厚生労働省委託事業として「精神腫瘍学クイックリファレンス」が作成された。精神腫瘍学に関する現状を考察し、今後の方向性について概説する。

はじめに

2007年6月にがん対策推進基本計画（基本計画）が策定された。基本計画では、全体目標の一つに「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」が掲げられた¹⁾。

KEY WORDS

緩和ケア
精神腫瘍学
精神腫瘍医
精神症状
緩和ケアチーム

この目標は、症状緩和にとどまっていた従来の表現から、「生活の質の向上」にまで踏み込んだ画期的な内容である。その基本計画を推進するために、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

* OGAWA Asao, 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

が取り上げられている。

現在この基本計画に則り、緩和ケア研修会をはじめとする各種取り組みが積極的に進められており、その内容は本特集の他稿に詳細にまとめられているとおりである。そのなかで、とくに精神心理的ケアに関する緩和ケアを提供できる体制を整えることを目的として、厚生労働省の委託事業として「精神腫瘍学クイックリファレンス」の作成である本事業がおこなわれた。

今回、筆者は本事業の末席に加わらせていただいたこともあり、本稿ではその事業の概要について触れてみたい。

1. がん患者・家族の精神心理的苦痛と精神腫瘍学

がん患者と家族はさまざまな精神医学的問題や心理・社会的問題を抱えている。がん患者の20～40%に重度の精神心理的問題が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たない²⁾。適切な提供がなされていない背景には、「精神的」や「心理的」、「感情の問題」といった言葉には負のイメージがついてまわり、患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察のなかで医師が患者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されている³⁾。

その反省を受けて、がんの臨床をとらえなおし、患者を全人的にとらえるために、biological, psychological, socialと多層的な視点からアプローチを試みる分野が精神腫瘍学（psycho-oncology；サイコオンコロジー）である。

臨床においては、精神腫瘍学は、生命を危機に陥れる「がん」という疾患に罹患し、その診断・告知を受ける時から治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・サポートすることを実践している。

2. がん医療、緩和ケアにおける精神心理的ケアへの取り組み

精神腫瘍学の成果を踏まえ、精神症状や心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標にした取り組みが世界的に進められている。たとえば、米国の全米総合がん情報ネットワーク（NCCN：National Comprehensive Cancer Network）³⁾は心理・社会的問題を“つらさ（distress）”として包括し、評価と治療のガイドラインを作成している。また、米国内科学会（ACP：American College of Physicians）は、緩和ケアに関するガイドラインを出し、終末期の患者に対して、うつ病に対する取り組みを推奨し、疼痛、呼吸困難と同様にエビデンスレベルの高い薬物療法および心理・社会的支援を提供することを強く求めている。

このように、うつ病を中心とした精神症状および心理・社会的問題への取り組みが強調される背景には、欧米において緩和ケア専門職だけでは精神症状、心理的問題が同定されてこなかったことがある。英国国立臨床研究所（NICE：National Institute for Health and Clinical Excellence）のガイドライン⁴⁾では、「患者は心理・社会的支援サービスへの十分なアクセスが欠如している。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られることを保障すべきである」と記載されている。また、ガイドラインや海外の教科書においても、従来は心理・社会的問題として総括して記載されることが多かったが、最近では心理・社会的問題を精神医学的問題と心理的問題、倫理的な問題に意識して分けて検討しており、精神心理的ケアへの繊細な取り扱いが求められているのがうかがえる。

3. 精神心理的ケアとは

精神心理的ケアが担う役割を整理すると、表①のような臨床上的の取り組みになる。

表① 精神心理的ケアの概要

-
- ① 身体治療に関連する精神医学的問題への対応
 - 1. うつ病の診断と治療
 - 2. 自殺企図・希死念慮への対応
 - 3. 不安への対応
 - 4. せん妄の診断と治療
 - 5. 認知症の診断とマネジメント
 - 6. 意思決定能力の評価
 - ② 身体症状と精神症状が合併した場合の対応
(たとえば疼痛とせん妄が重畳した場合)
 - ③ 精神症状と心理・社会的問題の判別
 - ④ 心理・社会的問題への対応
 - 1. 患者・家族のコミュニケーション
 - 2. 悲嘆の理解とマネジメント
 - 3. 家族の問題
 - 4. 終末期の諸問題
 - 5. スタッフの燃えつきへの対応
 - ⑤ 実存・倫理的問題への対応
 - 1. がん罹患したこと自体に伴う苦しみへの対応
 - 2. 生命の危機的状況における人格の成長と発達
 - 3. 倫理的問題
-

しかし、精神医学的問題への対応が立ち後れがちなわが国の総合病院においては、まずこの精神心理的ケアの全体像をつかむことに非常に苦労している面がある。

代表的なものとして、がん医療における「こころのケア」に関する問題がある。「こころのケア」は基本法の施行以後、精神心理的ケアと同義語として強調される。一般に「こころのケア」というと、がん難民問題や医療不信の問題と絡めて医療者-患者間のコミュニケーションの問題が取り上げられてきたこともあり、精神心理的ケアの問題はすべてコミュニケーションの問題であり、傾聴やカウンセリングで解決するとの誤解をしばしば受ける。

このようにとくに誤解を招く背景には、精神症状と心理・社会的問題が混同されやすいことが背景にある。たとえば、抗がん剤治療の中止の話を担当医から告げられた患者が、「何もする気がおきない」と意欲や集中力の低下を訴えて相談にいられた場面を考える。この場合に、積極的治療の中止という出来事があるため、「気分も落ち込む

だろう」と心理的な解釈をとりがちである。しかし、心理的な解釈で済ます前に、疼痛など身体的問題を見逃していないか、うつ病に罹患していないか否か、認知症に伴う自発性の低下がないか、などの問題が隠されていないか気を配らなければならない。というのも、もし疼痛があるのであれば、まず疼痛緩和を図ることが必要であるし、うつ病であれば薬物療法と精神療法の併用により問題解決を図ることが最良である。認知症であれば認知症への対応が必要であるからである。

4. がん診療連携拠点病院における精神心理的ケアの現状

がん医療の現場で考えなければならない「こころのケア」とは、いわゆるコミュニケーションの問題に加えて、うつ病や自殺の問題、せん妄や認知症などの精神症状に対する適切な治療とケアを提供することも含まれている。

このように広範にわたる精神心理的ケアは、精神科医単独で担うものではない。担当医はもとより看護師や医療ソーシャルワーカー、心理職など各職種の主体的な参画が必要なことは論を待たない。患者を悩ます諸問題を汲み上げ、身体症状と精神症状、心理学的問題を区別し、適切な治療とケアを用意するためには、がん治療中の精神症状緩和に精通した精神腫瘍医と担当医・緩和ケア医との連携が重要になる。

しかし、がん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームはまだ整備の途上であり、精神腫瘍医の数もいまだに少ない。日本緩和医療学会が2008年に厚生労働省委託事業として実施した「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」⁵⁾をみても、約半数の施設では緩和ケアチームが継続的な支援体制をとれておらず、約40%の施設は疼痛以外の症状には対応できない状況にある。

5. がん診療連携拠点病院への支援の 必要性

このがん診療連携拠点病院の現状を踏まえ、まず精神心理的ケアを提供する体制の第一歩を整えるためには、

- ①臨床において求められる精神心理的ケアがどのようなものかを具体的に明示し、がん診療連携拠点病院における支援体制の指針となる情報の提供
- ②とくに立ち後れている精神症状に関する治療とケア（薬物療法と教育的介入、心理的支援）を実践できるように具体的な治療内容まで詳述したマニュアルの整備

が求められた。より具体的には、緩和ケアチームで第一線を支える精神科医の先生方の臨床実践や教育研修活動を支援することが必要である。

とくに多忙な総合病院において、精神科医は病棟・外来の通常診療に加えてさらに緩和ケアチームの運営に加わる負担がある。緩和ケアチーム活動に加わった精神科の諸先生方から、診療業務の過大な負担に加えて、

- ①がん医療が集学的で複雑であるために全容を簡便につかむのがむずかしいこと
- ②疼痛を含めた身体治療の概要がわからないために緩和ケアチームの議論に加わることに躊躇してしまうこと
- ③精神腫瘍学に関する臨床知識についての情報が足りないため、提供している治療が適切な処置かどうか自信がもてない

などの声をうかがった。

精神科医の先生方も、多忙な臨床業務の合間を縫って、精神腫瘍学に関する教科書や医学雑誌に目を通す負担も大きい。また教科書としては、『サイコオンコロジー』（山脇成人監修）⁶⁾、翻訳書の『緩和医療における精神医学ハンドブック』⁷⁾、リエゾン精神医学の教科書⁸⁾等の良書はあるものの、一部は絶版であり、臨床の現場で遭遇した問

題に、即実践するための情報に接することが困難であることから、その利便を図る必要性があった。

6. 『精神腫瘍学クイックリファレンス』 の作成の検討

そこで、全国のがん診療連携拠点病院に勤務する精神科医を対象として、精神腫瘍学に関する知識を臨床に即した形で解説し、臨床活動を支援することを目的として、精神腫瘍学に関する臨床マニュアルの作成が検討された。今回はとくに厚生労働省委託事業として財団法人医療研修推進財団が監修し、有限責任中間法人日本総合病院精神医学会が協力する体制がとられた。日本総合病院精神医学会は、以前より学会内にはがん対策委員会を設置し、総合病院におけるリエゾン・コンサルテーション活動の普及啓発に取り組んでいる。今回は学会内に精神腫瘍学クイックリファレンス作成検討委員会を設置し、その内容を検討することとなった。

作成検討委員会において、がん診療連携拠点病院での現状を振り返り、以下のような課題が指摘された。

- ①がん診療連携拠点病院で勤務する精神科医は、必ずしも全員がリエゾン・コンサルテーション活動に精通していることはなく、経験に幅があること
- ②リエゾン・コンサルテーション活動をするために必要ながん治療の知識を整理して簡便に参照できる情報が望まれていること
- ③精神腫瘍学の臨床に関する情報が乏しいため、どのような場面で、どのような診療を提供するのがよいのか具体的な指針が望まれていること。とくに心理的支援に関して、がん診療連携拠点病院において求められる診療支援が何かを明確にすること

そこで、作成検討委員会で議論を経て、以下の方針を定め、その方針にしたがって編集することとなった。

- ①リエゾン・コンサルテーション活動の経験がなくても実践できる構成にする
- ②その場ですぐに参照でき、理解できるようなフォーマットとする
- ③プラクティカル・エッセンスを示す
- ④精神科医が迷いやすい、誤解しやすいピットホールを示す
- ⑤リエゾン・コンサルテーション活動に最低限必要ながん医療の知識をまとめる
- ⑥リエゾン・コンサルテーション活動に関する知識をまとめる

とくに力を入れたのは、精神症状や心理的問題を主軸として構成している点である。また、精神症状緩和の視点から必要な身体症状マネジメントを記載し、精神科医の諸先生方の利便を図った点と、疾患別に問題となる精神症状とその対応を個別に記載した点である。

実際に執筆・編集にかけることができる時間は約5ヵ月ときわめてかぎられていたが、発行の趣旨と概要を説明し、精神腫瘍学の臨床の第一線でご活躍されている先生方からは執筆をはじめ多大なお力添えをいただいた。無理な依頼にもかかわらず、快く引き受けてご執筆くださった先生方のご厚意と熱意がなければ、到底完成には至らなかったのは明らかである。

幸い2008年度末に「精神腫瘍学クイックリファレンス」は完成の運びとなり、がん診療連携拠点病院および臨床研修病院を中心に配布された(図①)。現在、使用された先生方より意見をうかがっているところであるが、精神科医以外の医師からの反響も大きく、追加で配布を希望される件数が多くて驚いた。また看護師や薬剤師の先生方からは、せん妄やうつ病に関する薬物療法の研修資料として精神科医とともに利用しているとの声もいただき、望外の喜びである。本書の趣旨が精神科医向けの資料であることから、精神症状や精神科治療に関する基本的な解説を省略しているため、精神症状や向精神薬に関する内容をむずかし



図① 精神腫瘍学クイックリファレンス

いと感じられるかもしれない。その点に関しては、精神症状に関する知識を前提としていないリファレンス本の作成を進めており、そちらを参照していただきたい。

7. 今後の課題

今回、クイックリファレンスが作成されたことにより、①がん診療連携拠点病院で提供される精神心理的ケアの枠組みを示した、②精神心理的ケアの実践に関する支援の一步が踏み出された、と考えている。しかし、情報提供はその一端にすぎず、本来必要なことは、このケアを提供するための専門的な人材の育成にある。

今後がん診療連携拠点病院において、専門的な精神心理的ケアを提供するためには、

- ①専門家の育成、すなわち精神腫瘍医の教育研修制度の確立
- ②緩和ケアチームがより専門的な精神心理的ケアが提供できるようにするためのトレーニング制度の開発
- ③一般精神科医に対する情報提供、支援体制の整備
- ④看護師や薬剤師などそれぞれの職種での精神心理的ケアに関する研修制度の準備
- ⑤がん診療連携拠点病院における精神心理的ケアの提供体制に関するガイドラインの作成

表② 精神心理的ケアを展開するための課題

診療体制の整備		現在の取り組み
人材の育成	精神腫瘍医の育成	教育研修体制の整備 e-ラーニング事業
	緩和ケアチームの育成	国立がんセンター主催 緩和ケアチーム研修会
	一般精神科医向けの普及啓発活動	日本精神神経学会研修コース 日本総合病院精神医学会 研修会
	看護師を対象とした普及啓発活動	日本サイコオンコロジー 学会研修会(看護師対象)
	心理職を対象とした普及啓発活動	日本サイコオンコロジー 学会研修会(心理職対象)
がん診療連携拠点病院での診療体制の整備	がん診療連携拠点病院における精神心理的ケアに関するガイドラインの整備	

が望まれる(表②)。全体を整備するには、まだ時間を要するが、少しでも役立つ臨床を提供できるように努めていきたい。

おわりに

【精神腫瘍学クイックリファレンス】の作成された背景と現状、今後の取り組みについて簡単にまとめた。本冊子に関して問い合わせ、ご意見があれば、ぜひ連絡をいただければ幸いである(連絡先: asogawa@east.mcc.go.jp) がん医療において、専門的な精神心理的ケアへの期待は大きい。今後、精神腫瘍学が少しでも普及し、臨床に広く活かされることを願っている。

文献

- 1) 厚生労働省:「がん対策推進基本計画」の策定について (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>)
- 2) Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD *et al*: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 104: 2872-2881, 2005
- 3) NCCN: Distress Management, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)
- 4) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer (<http://www.nice.org.uk/csgsp>)
- 5) 日本緩和医療学会: 厚生労働省委託事業 がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業 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—調査結果報告書— (<http://www.jspm.ne.jp/itaku/07itaku01.pdf>)
- 6) サイコオンコロジー, 山脇成人監修, 内富庸介編, 診療新社, 大阪, 1997
- 7) 緩和医療における精神医学ハンドブック, Chochinov HM, Breitbart W編, 内富庸介監訳, 星和書店, 東京, 2001
- 8) サイコオンコロジー. 新世紀の精神科治療4 リエゾン精神医学とその治療学, 松下正明総編集, 山脇成人編, 中山書店, 東京, 2003