

〔症例2〕主婦のBさん(58歳).

「もう、治療は終わりにしたい」と訴えるBさんは、悪性リンパ腫の再発を繰り返してきて、主婦として役を果たせず、逆に家族に迷惑をかけているという。死にたいと口にするがん患者の存在は、医療者がもっとも頭を悩ます問題だ。多くはうつ病を患っているが、そうでない場合もあり難しい。

終末期には、単に支持的に関わり傾聴するだけでは有効ではない場合がある¹⁾。そこで、積極的に個別性を尊重することが重要となってくる。死にゆく社会的・実存的存在としての「人」が、単なる「終末期・がん・患者」としての生物学的存在として扱われないための、個別の配慮が必要である。具体的には患者の生活歴などをオープンにすることが糸口となる。死にゆく患者に足が遠のくスタッフに、「30歳代で会社を興した人だ」とか「彼女にはお子さんが4人もいてみんな学校に行かせた」といった情報を知らせる。なにも輝かしい過去をということではなく、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことやつらくてもがんばってきた生涯や物語などを聞き出すと、社会的・実存的存在としての個人の歴史を踏まえた上での関わりが始められる。個人の過去・現在を共有することで、「終末期・がん・患者」としての関係を越えて接することができ、たとえほんのわずかな予後、1か月であっても未来への希望について話し合えるようになる。医療チームは患者に対して症状緩和においてすることが少なくなるにつれて、罪悪感や無力感をもつこともあるが、死にゆく「人」のもとを訪れ続け、人とのつながっている感覚を維持することが重要である。

緩和ケアの技術が進歩しつつある現在においても、患者の苦痛のすべてが取り除けるわけではないが、十分な症状の緩和が達成できていない場合においても、患者と接するのを躊躇してはいけない。病院で医療者と患者・家族として出会ってからの交流となるが、患者も家族も、

そしてまた医療者も一人一人の人間として対等である。病院の中での立場の違いはあるが、その違いを最大限配慮した上で、患者と家族のケアに医療者として与っているという自覚が重要である。

おわりに

以上、がんの臨床経過に添って通常みられる患者の心理的反応とその基本的対応について述べた。さらに患者理解を進めるには、症例検討会やコミュニケーションスキル研修会への参加をお勧めする。コミュニケーションにより深く理解された患者と家族の意向の尊重こそが、ケアの核心と思われるからである。

文 献

- 1) Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 1st ed. New York: Oxford University Press; 2000. [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.]
- 2) Holland JC, Rowland JH. Handbook of psychooncology, 1st ed. New York: Oxford University Press; 1990. [河野博臣, 濃沼信夫, 神代尚芳・監訳. サイコオンコロジーががん患者のための総合医療(第1巻). 東京: メディサイエンス社; 1993.]
- 3) Holland JC. Psychooncology. New York: Oxford University Press; 1998.
- 4) Regnard C, Hockley J. Flow diagrams in Advanced Cancer and Other diseases. [阿部 薫・監訳. フローチャートで学ぶ緩和ケアの実際. 東京: 南江堂; 1999.]
- 5) Uchitomi Y. Psycho-oncology in Japan: history, current problems and future aspect. Jpn J Clin Oncol 1999; 29: 411-2.
- 6) 山脇成人・監, 内富庸介・編. サイコオンコロジーががん医療における心の医学. 大阪: 診療新社; 1997.


 巻頭言

がん対策基本法

緩和ケアチームに精神科医のより積極的な参画を

内富庸介

「がん対策基本法」が本年 4 月に施行された。国会の場でがんを告白した議員の言動により一気に制定に傾いた。新法の目的は、がん対策のよりいっそうの努力を国、県、医師など国民すべてに義務づけたことである。基本理念は 3 つ、①がん研究の推進および医療技術の普及、②がん医療の地域格差是正、③患者本人の意向を尊重してがん治療方法などが選択されるよう医療提供体制を整備すること、である。

理念のもと、具体的な「がん対策推進基本計画」の策定を国が行い、県が二次医療圏に一つ程度指定されるがん診療連携拠点病院を中心に質の高い医療、診療連携、研修体制などを整備する。新法が関連する 2007 年度がん対策関係予算案(534 億円；前年度から 123 億円の増額)を見ると、研究の推進、講座・大学院の新設、卒後研修の充実などが盛り込まれているが、がん診療連携拠点病院の整備が際立って配慮されている。拠点病院の指定要件でもある、がんの診断時からの緩和ケア体制の整備、つまり緩和ケアチームが特にユーザーにとっての目玉となっている。

わが国の緩和ケアチームは、常勤の緩和ケア医と常勤の精神科医(いずれか 1 名が専従)、および専従看護師で構成される。常勤精神科医を必須としている点は世界初の施策である。これは、緩和ケア先進国では当初、専門家の参画を求めなかったことにより、心理社会面の問題が解決されなかったという失敗を教訓にしている。現在、緩和ケアチームの一翼を担う精神科医は少ない。全国 286 のがん診療連携拠点病院に対して、わずか 50 チームである。現在総合病院精神科の置かれている環境下において、常勤精神科医の増員がないうでの業務命令によ

る緩和ケアチーム編成は疲弊を生むという声も届く。

訓練・育成の一助として、今年度から厚生労働省や日本サイコオンコロジー学会では精神腫瘍学、緩和ケアチームに関するオンライン講義(<http://www.jpso-society.org/>)、医学生・初期研修医向けセミナー、そして講習会や実地研修の機会を設けており、基本訓練を終えた精神科医は、①腫瘍学(各種がんの特性およびその治療法)や疼痛治療など緩和ケア、②医療心理学、③がん患者の精神症状緩和について学べる。こうした機会をぜひ活用していただきたい。

また、埼玉医科大学では独立した精神腫瘍科が、名古屋市立大学では、私共精神腫瘍学開発部と連携大学院(精神腫瘍学専攻)が誕生した。精神腫瘍学に関する臨床能力だけでなく、研究能力を備えた医師の育成を目指している。

常勤精神科医が参画する緩和ケアチームの長所について掘り下げたい。高齢化が進み精神疾患を抱えた患者も含め、国民の 2 人に 1 人はがんを体験し、3 人に 1 人はがんで生を終える。地域によっては、精神科医ががん患者の診療に接するきっかけは、いわゆる身体合併症治療からであろう。治療を逡巡するがん治療医を引き込んで適切な医療を提供するためには、相手の懐に飛び込んで、多様な患者を抱え悩んでいる医師の置かれた状況を理解したうえで医療チームをまとめるといった、精神科医ならではの技術が不可欠であろう。

がん患者の心理過程に関して、社会学者スーザン・ソングは自らの乳がん体験を「隠喩としての病」として著している。驚天動地のがん告知、ためらう間もなく手術、ある種過剰な援

助と躁的な入院生活。退院後独りになってはじめて襲ってくる死の恐怖、再発不安など不確実性を伴った闘病生活。社会復帰で痛感する、がんがもたらす社会的文脈での死、疎外感、孤立感を指摘している。厚生労働省の患者調査においても約半数の方が「再発の不安、将来への不安」を挙げ、心の問題が悩みの1位を占めている。統合失調症をはじめ精神疾患患者の多くは青年期から多くの社会的な死を経験し、精神科医はその克服を支えてきた。このような背景からも、精神科医の持つ援助技能は、がん医療スタッフだけでなく、患者、家族からも強く望まれている。

がん治療医とリエゾンを深めていくと、現場で最も頭を悩ます問題、死を望むがん患者の存在に突き当たる。そうした患者の大半はうつ病であるので適切な診断が必要であるが、ほとんど見過ごされ、さらに運よく精神科医の診察に至っても、身体症状があるので熟練した診断技術、そして治療を要する。また、うつ病に相当しない場合、オランダの安楽死やオレゴン州の自殺補助に関する調査報告では、死を希求する理由は疼痛ではなく、他者に依存する苦痛や自律性の喪失であることが明らかになっている。こうした苦しみの中にあっても意味を見いだす援助ができるのも、やはり精神科医ではなからうか。

がん患者の希望を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるように、在宅医療の充実を図ることも求められている。まさに心と身体の治療や地域医療・福祉モデルががんで試されている。現在、年間32万人のがんを直接の原因とする死亡の中で在宅死は数%を占めるに過ぎないが、国民の40%の在宅療養の希望を尊重していくと、二次医療圏単位で進められる緩和ケア連携診療体制の構築には、精神科診療所や精神科病院医師の参画が期待される。

こうして書いていくと、緩和ケアや精神腫瘍学には、精神医学の粋、精神医療の技術がすでに広く活用されていて、これからも活用されていくことは明白である。うつ病、適応障害、せん妄の緩和に始まり、生命を脅かす疾患の心

理、QOL、実存的苦痛、集団療法、医療コミュニケーション、チーム医療、在宅医療、デイケア、遺族ケア、地域医療、福祉連携など。精神科医が参画する緩和ケアチームは、わが国の有する精神風土の豊かさや深さの一面を誇らしく発信していける領域ではなからうか。



本稿を読むまで「緩和ケア＝終末期ケア」を連想されていたと思うが、新法では、がん治療初期からあらゆる局面において切れ目のない緩和ケアを提供することが謳われている。こうした緩和ケアの対象の拡大の背景には、以下の潮流も見逃せない。

WHOの従来の定義では、緩和ケアの対象は「積極的抗がん治療に反応しなくなった患者」であった。2002年、「生命を脅かす病を抱えた患者」に変更された。抗がん治療が優先され、緩和ケアが死ぬ間際まで提供されないという世界状況を改善するためである。

わが国では、厳しかった同年4月の診療報酬改定において、緩和ケアチーム加算が導入され、一般病棟においても、がんの末期のみならず診断時から身体・精神症状緩和を提供することが可能となった。冒頭で述べた、がん対策推進基本計画に深くかかわる「がん対策推進協議会」の18名の委員の中に数名のがん患者、家族(遺族)が初めて参画する。2人に1人はがんになる時代であり、緩和ケアに関する国民の要望が即座に反映される時代なのであろう。

こうした中で、「がん対策基本法」元年の今年、わが国の精神腫瘍学、リエゾン精神医学のみならず、精神医療全体にわたって大変重要な年になるはずである。世界初の試みである、精神科医が参画する緩和ケアチームの価値ががん医療の現場でさらに認められると、国民の精神医療への期待がいつそう高まり、わが国の精神医療にもたらす好ましい影響は甚大で、診療報酬改定への影響も計り知れない。今、わが国の病を抱えた人々への心のケアの真価が、がん医療で、そして緩和ケアチームで問われている。

(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)

精神腫瘍学の臨床・教育経験から*

内 富 庸 介**

国立がんセンター精神腫瘍学開発部・部長

I. はじめに

国立がんセンター東病院に併設された精神腫瘍学の研究部門、そして臨床部門は創立12年となる。その間、精神科医だけでなく心理士、看護師、ソーシャルワーカー、オンコロジストなど多職種の医療者を迎えた。その経験に基づき、「メンタルケアはなぜ難しいか」について考える。

II. がん患者の心理学的評価とケアの枠組み

まず、がん患者の心理学的評価とケアの枠組みを大まかに分類して目星をつけることを目的に、英国

NHS-NICE がん患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する(表1)¹⁾。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なり合っており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

ここで、がん医療における看護師の役割を第一段階からみていくと、まず、患者の心理的ニード評価である。これはわが国ではまず問題ないだろう。次に、疑わしいと思ったときの専門家への相談。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談を

表1 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-NICE 2004*)

第一段階：すべての医療スタッフに必須の評価とケア

- ・心理的ニードの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談
- ・基本となる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)

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

- ・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まる際
- ・危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する
- ・対象：専門看護師、ソーシャルワーカー、英国ではGP

第三段階：精神保健専門家による診断と治療

- ・評価・診断：軽度-中等度の不安、うつ、怒りなど
- ・治療：不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題解決、重度は専門家へつなぐ
- ・対象：訓練を受けたカウンセラー

第四段階：精神保健専門家による診断と治療

- ・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、認知行動療法
- ・対象：精神科医、臨床心理士

*これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なり合っており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

* Why Mental Care is so Difficult in Cancer Nursing? Psycho-Oncology Perspective

** Yosuke Uchitomi : Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East

表2 看護師による入院患者のせん妄の認識

(Inouye et al, Arch Intern Med, 2001)

対象：新規に入院した70歳以上の患者 (n = 797)
 方法：看護師によりせん妄の有無を臨床的に評価 (隔日)

看護師の評価	せん妄の認識率	
	観察総数 (n = 2,721)	
	せん妄あり (n = 239)	せん妄なし (n = 2,482)
せん妄あり	19%	4%
せん妄なし	81%	96%

●観察するだけでは見逃される。寝はけではない。

せずに抱え込んでいないだろうか。ケアとしては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) となる。第一段階に位置づけられているが, 共感は至難の技である。

第二段階は, 専門看護師レベルとある。わが国では認定・専門看護師の一部となるのだろうか。がんの診断時, 治療時, 再発時, 抗がん治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ, その際にスクリーニングを行う。ケアとしては, 心配や気持ちを聞きながら信頼関係を構築し, 非審判的に傾聴する。危機介入, 支持的療法, 問題解決技法を提供する。これにはある程度の研修は必須である。そして, 生活に支障をきたす程度の心の負担 (適応障害) やうつ病, 不安障害, せん妄などを専門家に依頼する。

第三段階は, 軽度-中等度の不安, うつ, 怒り, スピリチュアルな問題を評価し解決する。これは, 経験, 研修を積んだ精神看護専門看護師(リエゾン), 臨床心理士相当だろうか。わが国では看護師が引き受けざるを得ない。高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第四段階は, 精神医学的診断のもと, 重度のうつ病, せん妄, 不安障害, 人格障害, アルコール障害, 自傷行動など精神疾患の治療, 認知行動療法である。殆どが精神科医, 博士号取得の臨床心理学者であろう。

Ⅲ. 知識があっても実践に活かされていない

すべてのがん患者にメンタルケアが必要とはいえ, やはり苦悩が強く, 重症の精神医学的疾患が最優先されるべきであろう。その代表例が, せん妄と

表3 看護師によるがん患者のうつ病の認識

(McDonald et al, ONF, 1999)

看護師の評価	がん患者と看護師評価の一致率 (%)		
	患者の評価 (うつ自記式尺度)		
	なし	軽い	重い
なし	81%	61%	53%
軽い	15%	29%	33%
重い	4%	10%	14%

●観察するだけでは見逃される。自然回復する悲嘆と違う。

うつ病である。米国の報告であるが, 表2は, 看護師によるせん妄の評価 (認識率) である²⁾。せん妄の19%が評価されているにすぎない。表3は, 看護師によるうつ状態の評価である。軽度のうつ状態の29%が, 重度の14%が評価されているにすぎない³⁾ (担当医も重度は13%にすぎない⁴⁾)。知識ではせん妄とうつ病の存在は理解していても, いざ評価となると前者は「寝ぼけ」, 後者は「誰もが落ち込むものだから」と, ひいき目に見積もりして見逃していないだろうか。患者に共感する看護師の心と, 患者の精神状態を評価する頭を同時に働かせることは難しいことだが, 実践に活かさないと重度の患者の苦悩は癒されない。

一方で, がん医療を知らない精神科医・心理士は第三・四段階の技術をもっているだけで, それだけではまったく役に立たない。第一, 第二段階を学ぶ研修機会をがん医療の現場でもつべきであろう。

Ⅳ. 実践に活かすための試み

1. 看護師へのコミュニケーション技術研修

Razaviらのがん専門看護師を対象としたプログラムは, 30時間の講義と75時間のロール・プレイで構成され3カ月間かけて行われる。参加者10名にファシリテーターが1名つき, がん医療における基本的コミュニケーション, 心理的側面, 患者の不確かさや苦痛への対処法, 心理的反応の発見, 死や安楽死について話し合うことなどを扱う。訓練後に有意にがん専門看護師の患者とのコミュニケーション技術, 特に共感のスキルを向上させた。さらに仕事に関連するストレスの軽減や仕事に対する態度の改善, 患者とのコミュニケーションに対する満足感の向上が示唆された^{5) 6)}。

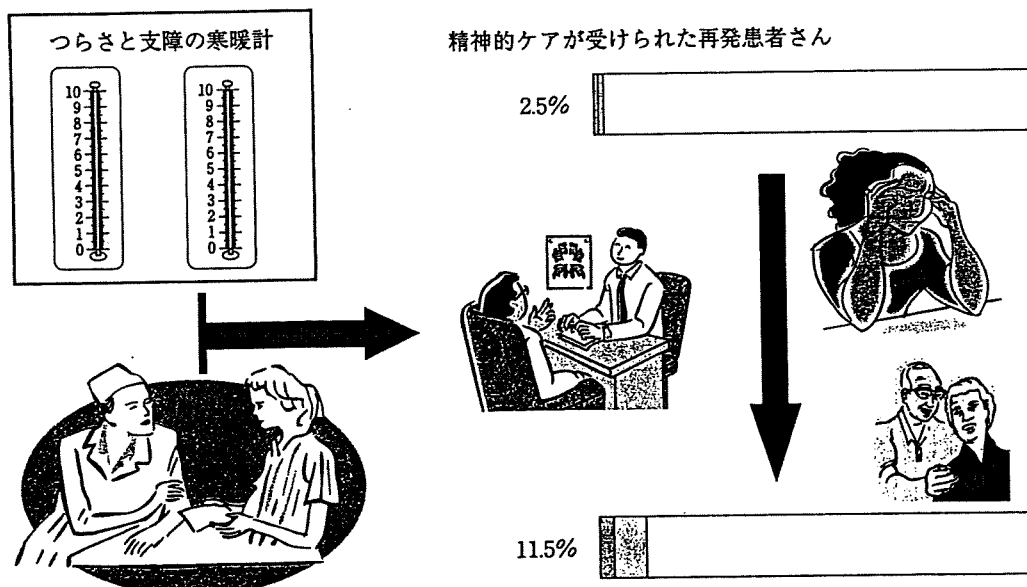


図1 つらさのスクリーニング+看護師による精神的ケア連携促進プログラム
(Shimizu et al, Cancer, 2005)

2. 再発時の評価と専門家との連携

最もストレスが高まる再発時にスクリーニングを行い、その評価を基に看護師が患者に説明し、同意を得て精神腫瘍科に連携するプログラムを行ったので紹介する。どこからが紹介すべきうつ病なのか、患者には精神腫瘍科受診のニーズはあるのか、判断は難しいが、図1に示すつらさと支障の寒暖計を使用して、基準値以上と陽性と出たものに担当看護師が専門家への連携を促進する。結果は、再発患者が多いある病棟の入院患者の精神腫瘍科受療が2.5%から11.5%に跳ね上がった⁷⁾。担当看護師のコミュニケーション技術あつての成果であつた。

V. おわりに

がん医療における看護師のメンタルケア技術を改善していく第一歩として、コミュニケーション技術研修を推奨する。共感の技術が確実に上がる。

次に、精神保健専門家(精神科医、心療内科医、精神看護専門看護師(リエゾン)、臨床心理士など)との連携チームづくりである。精神医学的診断を一緒にすり合せることによって、自殺の危険性が高く苦悩の強い精神疾患を診断でき、守備範囲、つまり限界を知ることができる。スピリチュアルな問題の

背景にうつ病やせん妄が存在し難渋しているケースがよい例である。したがって、がん看護におけるメンタルケアを容易にするには第三・四段階の見極めができるよう専門家と協調し、がん看護つまり第一・二段階のメンタルケアに安心して専念できる環境をまず整備するべきであろう。

文献

- 1) National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer. 2004
- 2) Inouye SK, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 340, 669-676 (1999)
- 3) McDonald MV, et al. Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *ONF.* 26, 593-599 (1999)
- 4) Passik SD, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol.* 16, 1594-1600 (1998)
- 5) Razavi D, et al. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. *Br J Cancer.* 87, 1-7 (2002)
- 6) Delvaux N, et al. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer.* 90, 106-114 (2002)
- 7) Shimizu K, et al. Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer.* 103, 1949-1956 (2005)

がんといわれたら

小早川 誠

広島大学病院緩和ケアチーム

萬谷智之

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学

日域広昭

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学

山脇成人

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学教授

◆ がんを知ったときのころ ◆

一般的にがんであることを伝えることは、けっして容易に行なえることではありません。それは、がんであることをイメージが良いものではなく、伝える相手に少なからぬ衝撃を与え、動揺をもたらすことを恐れてしまうからだと考えられます。「がん」といわれたとき、人はどんな反応を示すのでしょうか。これまでのところ、だれ一人として同じではなく、決まっではないというのが答えであるとされています¹⁾。

人の人生は千差万別です。生育・生活環境、家族や仕事など、その人の背景にはさまざまなちがひがあります。がんといわれたときの心理的反応も複雑で、人それぞれです。しかしながら、がんは現代における死因の大きな一角を占め、日常生活においてがんで亡くなる人が少なくないため、多くの場合、がんであることを知ることは死を間近に感じさせ、人生設計を揺るがす衝撃としてとらえられるでしょう。

よくがんを経験した方から、「頭が真っ白になった」と聞くことがあります。これまで想像すらしていなかった出来事に遭遇し、強い衝撃を受け、先のことがまったく考えられなくなってしまった状況です。こうした混乱の時期は、がんであることを知らされた直後より2、3日のあいだに生じることが多いようです。またこの時期には、「がんになるはずがない」と、がんであることを否定したり、否認したりすることもあります。そして「もうだめだ、治療してもむだだ」と絶望感や挫折感にさいなまれることもあります。この時期は情報を整理するのに十分な気持ちのゆとりがないため、周囲からいわれたことをよく覚えていないことや、時には病気に関する大切な情報も理解できていないことがあります。同様に、気持ちの落ち込みや不安、不眠、食欲不振などの症状が一過性に生じることがあ

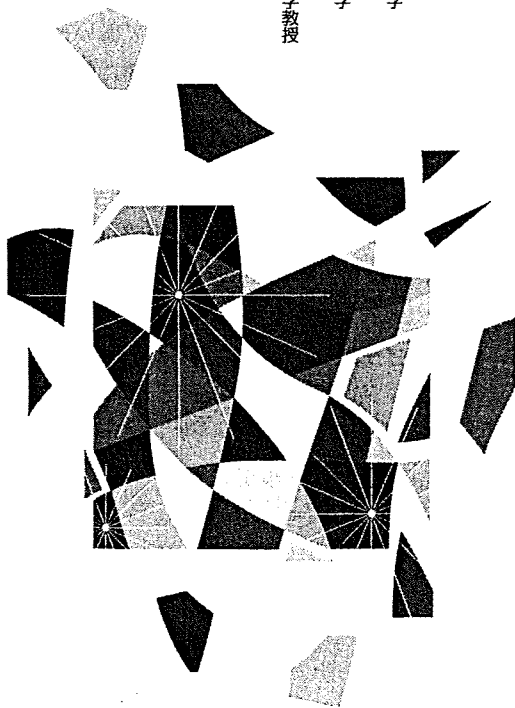
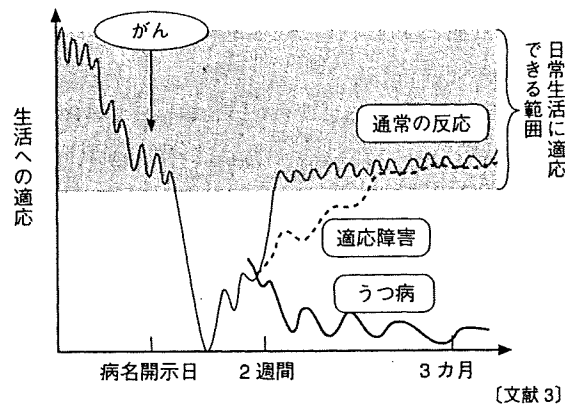


図1 がん患者の心理的な反応



りますが、概してこの状況は長くつづかないものです³⁾ (図1)。

がん告知後の混乱の時期は、多くの場合、徐々に現実の受け入れが進むとともに脱することができ、多少の不安をかかえながら療養をつづけることができるようになります。こうした適応の仕方も人それぞれです。たとえば、がんと知ったとき、患者あるいはその家族のうち、書店やインターネットサイト (たとえば国立がんセンター <http://www.ncc.go.jp/>, 製薬会社アストラゼネカ <http://www.az-oncology.jp/>, NPO 法人ジャパンウェルネス <http://www.japanwellness.jp/> など) を利用し、治療ができるのか、どんな治療がよいのか、どこへ行けばよいのかなど、手当たりしだいに情報を集めようとする人がいます。「自分の (家族の) がんは治るのではないか。思ったほど悪くはないのではないか」といった希望を得たいという気持ちがあるのかもしれません。後に述べますが、セカンドオピニオンという制度を利用し、実際にかかっている病院以外の医療機関を受診して、現状に関する情報を集める患者・家族もいます。結果として良い情報にめぐり合えばよいのですが、かならずしもそうではない場合もあります。概していずれの場合でも、不安な気持ちは徐々に落ち着き、なんとか前

向きに考えることができるようになります。

時間をおくことで気持ちの整理が徐々に行なえ、がんであることがどのようなことなのか理解がすすむことで不安感が軽減し、がんであることを受け入れることができるようになるものと考えられます。がん患者が増える一方、がんになり、手術や抗がん治療を受けたのち、社会に復帰し、日常生活を送っている人も少なくありません。このようながんになった先達の体験記は、がんであることを知った人とその家族に希望を与えています¹²⁾。

一方、がんであることを気持ちのうえでなかなか受け入れることができず、不安や気持ちの落ちこみ (抑うつ) が強く残り、療養生活がうまくおこなえない人も少なくありません³⁾ (図1)。これまでの研究では、がん患者の2~4割に適応障害やうつ病といった、気持ちが落ち込んでいる状態が認められています¹⁴⁾。こうした状態は、気持ちをゆっくり聞いて (傾聴して) その人が気持ちを整理する際の手助けをすることで改善する場合も多く、「このような動揺はだれもが普通に経験することですよ」と支持的な言葉をかけた後、「どのようなお気持ちか教えていただけますか」と探索的にかかわったり、「おつらいですよ」と共感的な姿勢で接することが有用です。このようなかかわりは普段の診療

でかかわっている医師や看護師でも行なえませんが、効果を認めない場合には早急に薬物治療を要することがあるため、心理あるいは精神科領域の専門的ケアを受けるよう勧めることが大切です。

◆ がんを伝える時、伝えた後にすべきこと ◆

先に述べたように、がんであることを伝えられることは、程度に差はあるものの、だれにとっても衝撃であり、たとえ周囲からみれば変わりがなく平穏にみえる場合でも、だれにもいわないだけで、気持ちの奥底ではつねに不安を抱えていることがあります。だれしもがんの告知の後、まったくもとのように不安のない生活をおくっているわけではありません。なかには落ち込んだ気分がつづき、前述したうつ病や適応障害になってしまう人もいます。では「がんである」という悪い知らせを伝えることを前提とし、このような精神的ケアを要する状態になることを回避させる方法はないのでしょうか。それには、悪い知らせの伝え方と伝えた後のケアが大切です。

Buckmanは*How to break bad news*という著書で、衝撃をより小さくすることが可能であれば、その後の精神的動揺も軽減することができるという理論をもとに、悪い知らせをどのように伝えるのかという具体的手法を述べています⁴⁾。

落ち着いて話をしたり聞いたりする場を設定する (Setting)、伝えることに関して相手の想定している内容を把握する (Perception)、今から話すことについて相手がどこまで知りたいと思っているかを把握する (Invitation)、PerceptionとInvitationを考慮して本人に理解しやすいように悪い知らせを伝え、情報を共有する (Knowledge)、悪い知らせを伝えた後に生じた感情を引き出し受けとめる (Emotion and Exploration)、

今回話した内容をまとめ次につなげる (Summary) という要素からなり、頭文字をとってSPIKESと名づけています。

要点をまとめると、衝撃を小さくするための方法として、相手の想定している内容とこちらの伝える内容のギャップを知り、相手の感情にも配慮しつつ、情報を受け入れる準備を整えながら情報開示を進めていく手法です。Buckmanはこの方法が絶対とはいえないと述べており、余地があるなら改善することを勧めています。実際に欧米人と日本人では言葉や文化が異なるため、コミュニケーションの方法にも日本人ならではの工夫が必要と考えられます。まだ研究としては少ないですが、Fujimoriらの日本人ががん患者を対象に行なった調査によると、単に情報を詳細にわかりやすく説明することだけでなく、患者側は悪い知らせを伝えられる際に、情緒的な配慮を強く求めていることが明らかになっていきます⁵⁾。

では、悪い知らせを伝えた後のケアはどのようにすべきでしょうか。前述のように、がんであるという悪い知らせを聞いた瞬間、強い衝撃のため、思考が混乱し、そのとき話された内容を十分理解できず、後になって思い返してもよく覚えていないことがあります。したがって、一部の情報しか理解できなかったために不安を募らせることや、現実をゆがめて理解すること、場合によっては必要な治療を拒否することもあります。

そのような反応を認めた場合には、まずその人の理解がどの程度であるか確認し、そばで腰をすえ、わからなかったことや気にかかることがあればいつでも何度でも相談でき、くわしくわかるように説明することや、いっしょになって考えることができる姿勢を言葉と態度で示すことが大切です。そのうえで少しずつ、相手から示された話題をきっかけに、前述のSPIKESを繰り返すように情報を補う作業を行なっていくのがよいでしょう⁴⁾。

ただし、現実を直視することや悪い情報について思い出すこと（直面化）を避けるために、正常なところの防衛機能として、まるでわかっていないような言動や態度を示すこと（否認）があります。むやみにその言動を否定することや、現実を直面化させることは、かえってその人を追い込み、医療スタッフとの距離を遠ざける結果になることもあるため、注意する必要があります。こうした否認は正常なところの動きであり、時間経過とともに現実の受け入れが進み、概して問題にならなくなるものですが、時に治療や生活の質において支障となる場合があります。あえて直面化させることが必要な場合には、可能ならばところのケアを専門とする医療者に相談のうえ、その時の反応を予測し対応できる準備を整えておく必要があります。

◆ セカンドオピニオン ◆

従来のマスメディアに加え、ここ数年、インターネットの急激な普及により手軽に多様な情報を得ることができるようになりました。かつて医療を受ける側の患者や家族は、医療を提供する側の提示する情報がすべてであり、それを拒むことは考えられないという風潮がありました。しかし、近年その関係は変化してきており、他の医療提供者に中立的な立場として自身の病気や治療法について意見を求めることが、社会的に受け入れられるようになってきています。医療機関のなかにはセカンドオピニオン外来を開設し、その疾患の専門医による情報の提供を推進しているところもあります。

セカンドオピニオンを求めるには、患者あ

● 昼寝で心臓病予防とストレス解消

心臓病の予防に昼寝が有効であることがギリシャ人を対象にした研究で明らかになり、米医学誌『内科学紀要』2007年2月12日号で報告された。

アテネ大学医学部のデミトルオス・トリホプロス博士らの研究チームは、昼寝の効果を研究するために、20～86歳の健康なギリシャ人男女2万3681人を約6年間追跡調査し、昼寝をする人と昼寝をしない人の心臓病による死亡率を比較した。その結果、ほぼ毎日30分間昼寝をする人は、昼寝をしない人よりも心臓病による死亡率が37%低かった。

また、働いている男性のみのデータでは昼寝の効果はさらに増加し、時々昼寝をする人を含む昼寝をする人の心臓病による死亡率は64%も低かったという。

トリホプロス博士は、「働いている男性

の死亡率がとくに低かったが、女性にも同様の効果があるかもしれない。しかし、研究対象となった女性の死亡例が少なく、今回は立証できなかった」としている。

同博士は、「シエスタ（午睡）の習慣がある地中海沿岸地域、ラテンアメリカ諸国では、冠状動脈性の心臓病の発生率が低いことが知られているが、今回の研究でそれが実証できたといえる。男女を問わず、ストレスがたまるとホルモンの分泌が変化して心臓に負担がかかる。昼寝には、ストレスを軽減する作用があるのだろう。地中海沿岸地域の心臓病の発生率の低さは、これまで野菜や果物、オリーブオイルの摂取が多いなど食事面での効用が指摘されてきたが、今後は昼寝の効用についての研究も必要だ」と述べている。

【提供：ジャスネット社（ワシントン）】

るいはその家族は、現在かかっている医療機関の担当者にセカンドオピニオンを求めたいという意向を伝え、必要な検査結果を含んだ紹介状を作成後、他医療機関へ持参する必要があります。他の医療機関でセカンドオピニオンを受けたいといわれたとき、いわれた側の担当医は自身の治療方針への不満をいわれているような気分になり、不快になるものです。実際に、現在の担当医との関係がギクシャクしているために担当医を替えたいという気持ちによる行動である場合もあります。

しかしながら、前述したように患者や家族は単にがんという得体のしれないものに対する不安のため、情報を得ようとする行動としてセカンドオピニオンを求める場合もあり、要望に対応することが大切です。結果として他医療機関を受診しても良い情報が得られなかった場合、きちんと患者の要望に対応した担当医との治療関係が継続することはよくあることです。

*

日本医療政策機構の調査で、2005年に「医師の治療説明に不満足、または納得できる治療方針を選択できなかった」患者（同調査ではがん難民と定義されている）は、全国に推計68万人いることがわかりました。同調査によると、がん難民は平均3カ所の医療機関を受診しており、がん難民のほとんどが日本のがん医療水準に対する不満をかかえ、がん専門医による治療や成績の良い医療機関での治療を望んでいます。

がん治療は生死にかかわることであり、政

策としてがん専門医の育成、治療成績のよりいっそうの向上が求められています。しかしがん難民のなかには、原因の一つとして、治療スタッフとのコミュニケーションがうまくいかなかったために医療機関を変えなければならなかった場合もあると考えられ、がん治療のスキルアップとともに、相手のこころの動きに配慮した情報提供も大切であると考えられます。まだまだ研究段階ですが、本邦でも悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングが、国立がんセンターを中心に行なわれています。日本全国に広げることが急務ですが、マンパワー不足が叫ばれています。営利目的では成立するのが困難な事業であり、国策としての支援とともにNPO法人などの協力を得ていく必要があります。

〈参考文献〉

- 1) 明智龍男：がんとこころのケア。日本放送出版協会、2003
- 2) 岸本葉子、内富庸介：がんと心。晶文社、2004
- 3) 小早川 誠、秋月伸哉、内富庸介：がん患者の心身ケア。からだの科学 238：104-107、2004
- 4) Robert Buckman：How to Break Bad News: A guide for Health Care Professionals. Johns Hopkins University Press, 1992（恒藤暁監訳、前野 宏、平井 啓、坂口幸訳：真実を伝える。診断と治療社、2000）
- 5) Fujimori M et al：Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology in press.

[こばやかわ・まこと／精神医学]
[まんたに・ともゆき／精神医学]
[じついき・ひろあき／精神医学]
[やまわき・しげと／精神医学]

看取りの症状緩和パス：せん妄



明智龍男¹⁾⁴⁾ 大谷弘行²⁾⁴⁾ 森田達也³⁾⁴⁾



せん妄は、終末期において多くの患者が経験する苦痛症状である。したがって、せん妄に対して適切なケアを提供することは看取りのプロセスに際してきわめて重要である。今回、ワーキンググループでの議論にもとづき、終末期のせん妄/不穏に対するLCP日本語版アルゴリズムを作成した。本アルゴリズムには、看取りの状況に備えるための「コンフォートオーダーセット」と「症状アルゴリズム」が含まれているとともに、具体的な薬剤の使用に関しては、不穏に対する症状緩和を意図する場合と、緩和不可能な症状として鎮静を意図する場合との2つの異なるラインを用意した。

はじめに

終末期において、せん妄の頻度はきわめて高く、死亡数時間前には90%近くの患者が、せん妄を経験することが示されている¹⁾²⁾。さらに、せん妄は患者・家族にとっての苦痛症状であるにもかかわらず、死亡前24～48時間に出現するものは不可逆性である場合が多いことも示唆されている³⁾⁴⁾。

前稿で紹介されているように、Liverpool Care

Pathway for the dying patient (LCP) は、看取りに際してのケアの質を向上させる重要なツールになると考えられ、そのなかに「Terminal restlessness & agitation」に対するケアのアルゴリズムが含まれている。一方、英国とわが国では、ホスピス・緩和ケアを取りまく環境や医療システムおよび医療行為に対する考え方などの差異があるため、LCP日本語版アルゴリズムの作成にあたっては、適切な変更を提案することになった。

本稿では、まず、終末期せん妄に関する一般事項およびLCPオリジナル版に掲載されている「Terminal restlessness & agitation」(せん妄/不穏)に対するケアパスの概要とその背景を紹介し、ついでわが国のワーキンググループにより作成されたLCP日本語版について概説する。

KEY WORDS

せん妄
看取り
不穏・興奮
鎮静
向精神薬

AKECHI Tatsuo, OTANI Hiroyuki, MORITA Tatsuya/1)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, 2)九州がんセンターサイコオンコロジー科, 3)聖隷三方原病院緩和と支持治療科, 4)LCP Working Group Japan

表① せん妄の診断基準 (米国精神医学会：DSM-IV-TR)

診断基準	具体的な臨床症状
A. 注意集中、維持、転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下)。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質問に対して集中できない。 ・ 前の質問に対して同じ答えをくり返す。 ・ 質問をしていても覚醒が保てず、すぐうとうとしてしまう。
B. 認知の変化 (記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症 (痴呆) ではうまく説明されない知覚障害の出現。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最近の記憶が曖昧である。 ・ 見当識を失っている (時間や場所がわからない)。 ・ 物の名前を言ったり、書いたりするのが下手になる。 ・ 錯覚 (壁のシミをみて「虫がいる」という)、幻覚 (人がいない場所に「人がいる」という) の存在。
C. その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間～数日)、1日のうちで変動する傾向がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 午前中おとなしく協調的であった人が、夜には点滴を抜いたり、突然ベッドから降りようとする。
D. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	

(高橋三郎ほか, 2002⁹⁾より改変引用)

1. せん妄とは

LCP日本語版の「Terminal restlessness & agitation」は医学的用語としては、せん妄と類似の状態を示していると考えられるので、まずせん妄の一般的事項に関して概説する。

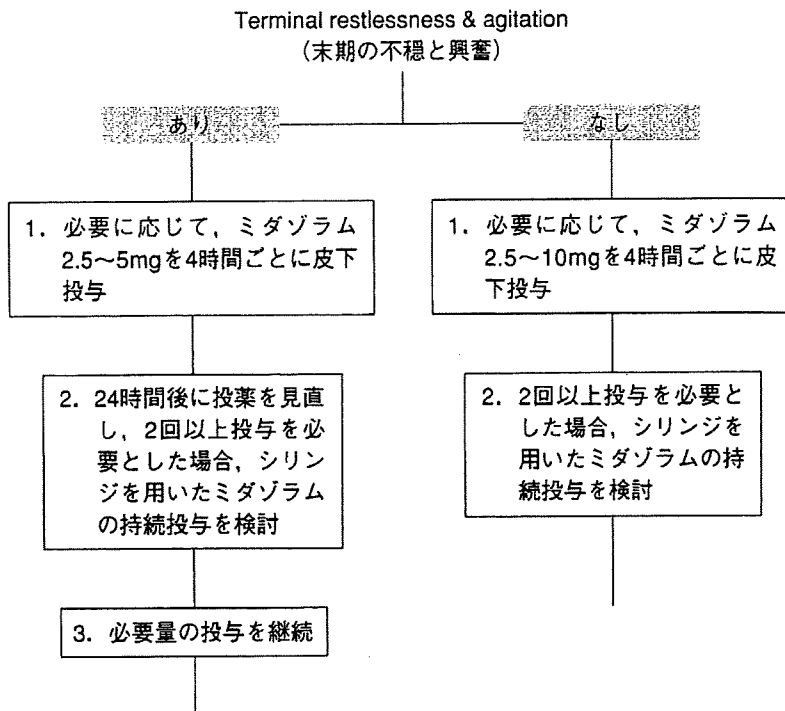
せん妄は、軽度～中等度の意識混濁に、幻覚、妄想、興奮などさまざまな精神症状を伴う特殊な意識障害である⁵⁾。医療の現場では、前景にたつ多彩な精神症状のため、ストレス性/心因性の精神症状あるいは性格因に起因する行動異常などと誤解されることもまれではないが⁶⁾⁷⁾、本態は器質因にもとづく意識障害である。表①に米国精神医学会のせん妄の診断基準 (DSM-IV-TR) を示す⁹⁾。表中には、診断基準とともに、具体的な臨床症状を付記したが、せん妄の典型例では、落ち着きのなさ、不安、焦燥感、睡眠障害などの前駆症状につづき、注意集中力困難、覚醒度の変化、精神運動性の変化 (興奮など)、知覚障害 (錯覚、幻覚など)、記銘力障害、見当識障害、睡眠・覚醒リズムの障害などさまざまな精神症状が出現することが多い⁸⁾。また、不安、恐怖、抑うつ、易

刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動変化が認められることもある。せん妄は、何らかの身体的原因や薬剤により、脳機能が低下した状態であるため、ヒトのさまざまな精神機能が障害されることに起因するきわめて多岐にわたる症状が出現しうる。また、これらせん妄の症状は数時間～数日のうちに比較的急性に発症し、日内変動 (例；とくに夜間に症状が増悪するなど) がみられるという特徴を有する。

せん妄の生物学的な発生機序に関しては、神経伝達物質の異常などが関与している可能性が示唆されているが、現時点では明らかとなっていない⁹⁾¹⁰⁾。

一方で、臨床的には、せん妄の発生要因は、もともと存在する準備因子 (せん妄の本態である脳機能の低下を起こしやすい状態)、誘発因子 (せん妄の直接原因ではないが、せん妄の発症を促進、重篤化あるいは遷延化する要因) と直接原因に分けて考えることができる¹¹⁾。

準備因子としては、年齢 (高齢)、脳血管障害をはじめとする脳器質性疾患の既往、認知症 (痴呆) や認知機能障害の存在などが代表的である。



支援のための情報；

・症状が持続する場合は、緩和ケアチーム（PCT）に連絡すること。

図① LCPオリジナル版アルゴリズム

誘発因子としては、環境の変化、感覚遮断、睡眠・覚醒リズムの障害、治療上の身体拘束、強制臥床、不快な身体症状（疼痛、呼吸困難など）などの可能性が想定されている。

直接原因としては、薬剤（睡眠薬、オピオイド、抗コリン薬など）、脱水、低酸素血症、感染症、血液学的異常〔貧血、播種性血管内凝固症候群（DIC）など〕、代謝性異常（肝腎不全、高カルシウム血症、高/低血糖など）、脳の病変（脳炎、脳血管障害など）など、結果的に脳機能の低下をもたらすさまざまな要因があげられる。せん妄が発現した進行・終末期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、脱水、臓器不全などであることが示されている¹¹⁾¹²⁾。看取りの時期においては、臓器不全をはじめとした身体状態に加え、さまざまな薬剤が用いられている状

況などが加わり、多くの患者がせん妄を経験すると考えられる。

2. LCPオリジナル版

LCPオリジナル版では、「Terminal restlessness & agitation（末期の不穏と興奮）」に関して解説がされており、その要旨を以下に示す。

看取りの時期にみられる不穏および興奮は悲痛でつらい症状であり、自律性や尊厳および残されたQOL（quality of life）に大きな影響を及ぼすため、すみやかで積極的な多職種による症状緩和が必要である。背景に存在する原因を同定し、治療可能な要因に関しては適切な治療をおこなうべきであるが、必ずしも明確な原因が同定されとは限らない（筆者注：最近の研究では終末期せん妄においても80%以上の割合で何らかの原因が

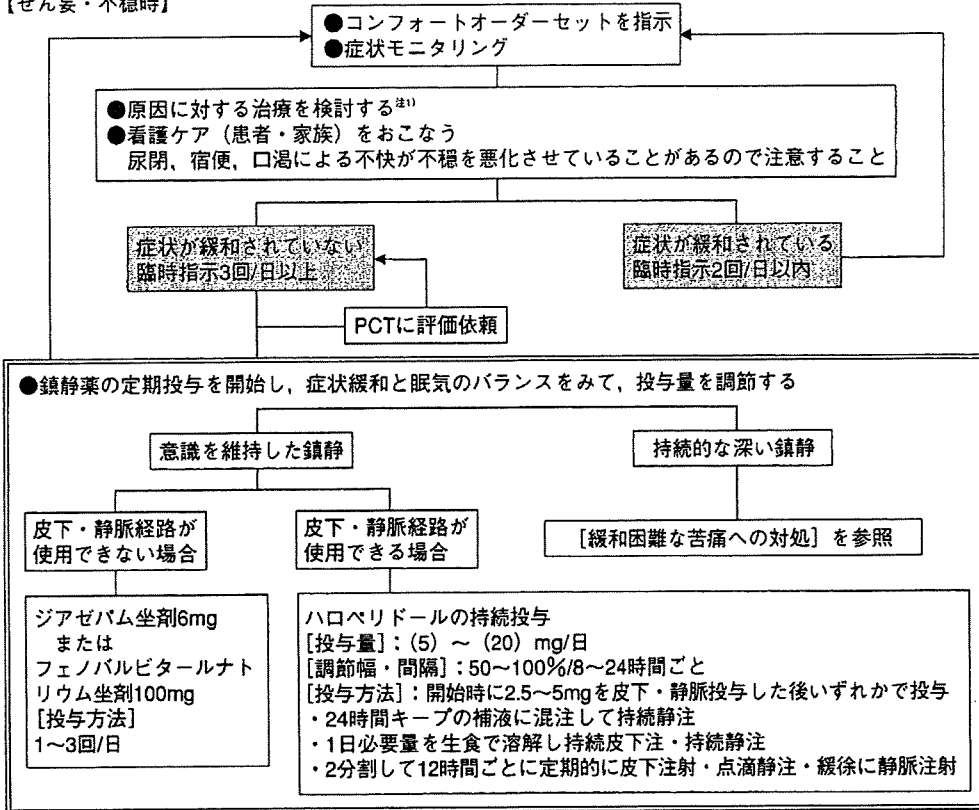


LIVERPOOL

Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying

【せん妄・不穏時】



注意:

- せん妄の原因としては、肝不全、腎不全、低酸素血症、高カルシウム血症、脳転移などがあり、死亡直前期ではこれらを除去することができないことが多い。一方、尿閉、宿便など身体的不快はせん妄症状をしばしば悪化させるが死亡直前期であっても対応可能なことが多い。
- 死亡直前でない場合、ベンゾジアゼピン系薬剤（ミダゾラム、フルニトラゼパム、プロマゼパム）の単独投与はかえってせん妄を悪化させる可能性があるため、一般的に抗精神病薬（ハロペリドール）が第一選択薬として推奨される。しかし、本アルゴリズムにおいて、かならずしも抗精神病薬を優先して選択しなくてもよいとしているのは、死亡直前期では、せん妄症状の改善よりも睡眠や鎮静が目標となることが多いためである。

【緩和困難な苦痛への対処】

- 緩和ケアチーム（PCT）にコンサルトすることが望ましい。
- 「苦痛緩和のための鎮静」の適応を検討する。

〔苦痛緩和のための鎮静は妥当な医学的、倫理的検討をしたうえで施行するべきものである。〕
 鎮静は「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を参照。

●標準的な薬物投与プロトコル

ミダゾラムを持続投与する
 【投与量】 [5~20] ~ (120) mg/日
 【投与方法】 24時間キープの静脈ルートのある場合生食に希釈して持続静脈投与、静脈ルートがない場合原液を持続皮下投与
 【増量幅・間隔】 50%ずつ、呼吸数 ≥ 8 ならば1時間ごと
 【レスキュー】 1~2時間分を早送り（呼吸数 ≥ 8 なら15~30分あけて反復）

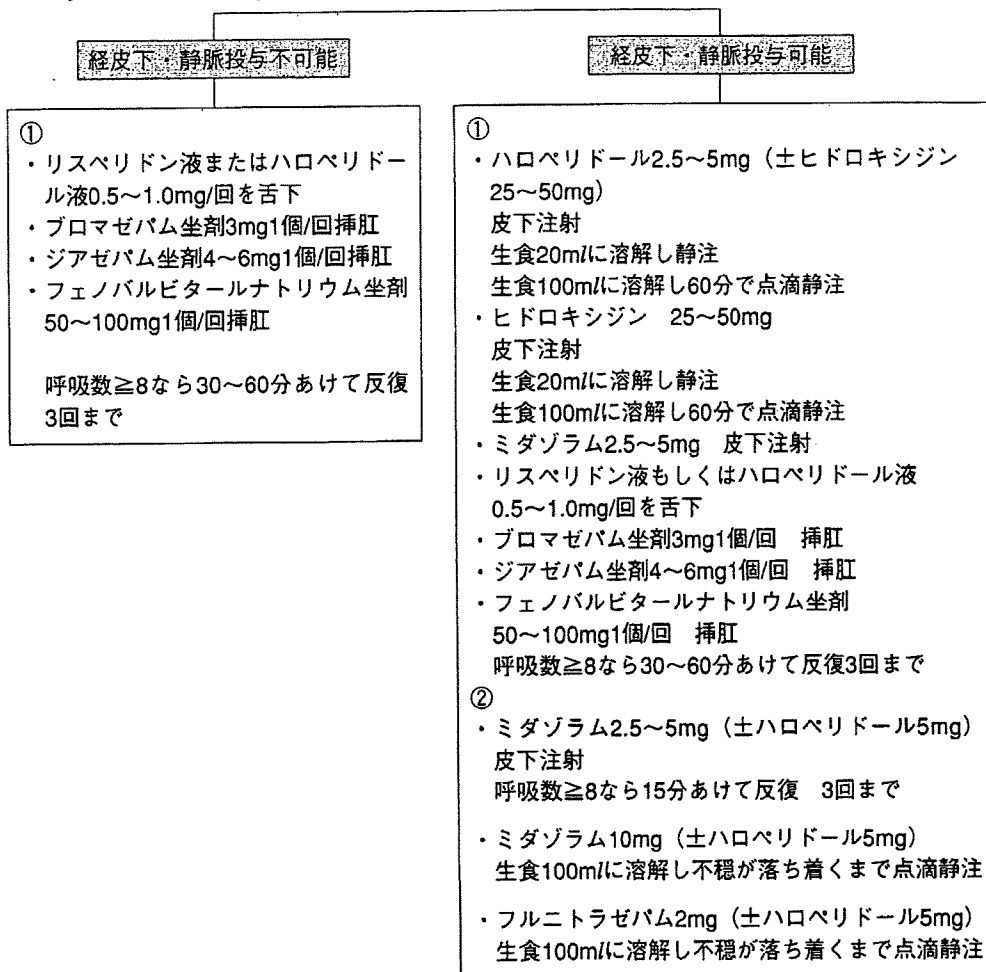
●文献

日本緩和医療学会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン <http://www.jspm.ne.jp/>

図② LCP日本語版アルゴリズム—せん妄



コンフォートオーダーセット【せん妄】



図③ LCP日本語版コンフォートオーダーセット—せん妄

同定されたと報告しているものもある¹¹⁾¹²⁾。死亡前数日でみられる興奮の原因として頻度が高いものは、薬剤、代謝性要因、不快な身体症状、不安/精神的苦痛である。オピオイドが原因として考えられる場合には、オピオイドローテーション（±補液）を試してみる価値がある。尿閉、宿便はきわめて不快である一方、容易に軽減可能な身体症状である。

薬物療法については、大きく2つのアプローチがある。まず第一は、鎮静を目的としてベンゾジアゼピン系薬剤を使用する場合である。他方は、

穏やかさを取り戻す（tranquillization）ことを目的としてハロペリドールなどの抗精神病薬を用いる場合である。しかし、一般的には、看取りの時期においては、前者のアプローチが用いられることが多く、なかでもミダゾラムが頻用される。

LCPオリジナル版のアルゴリズムを図①に示す。基本的にはミダゾラムの皮下投与から持続投与に移行していくアルゴリズムである。

3. LCP日本語版

前述のようにLCPオリジナル版の該当部分は

「Terminal restlessness & agitation」とあり、「終末期における不穏、興奮」と直訳されるが、看取りの時期におけるこれら症状については、その多くがせん妄によるものと考えられる。一方で、「不穏」「興奮」といった言葉は、定義を有する診断用語ではないので混乱を招きやすく、臨床状況をより正確に把握、共有するために、今回の日本語への訳出にあたっては「せん妄/不穏」とした。

ワーキンググループでの議論を通して、LCP日本語版アルゴリズムを作成したが、わが国の現状を鑑み、相応の変更、付記をおこなった(図②, ③)。以下にその概要を示す。

まず、わが国においては、看取りの医療現場および状況がきわめて多彩であり、オリジナル版にあるようにミダゾラムの投与から一律に薬物投与が開始されることはまれであると考えられた。したがって、まず、看取りの状況に備えるための「コンフォートオーダーセット」と「症状アルゴリズム」とした。具体的には、せん妄症状の増悪因子になりうるとともに、侵襲的な医療行為を伴うことなく、また比較的容易に苦痛緩和が可能な身体症状として、尿閉、宿便、口渴、身体的苦痛に対する対応をおこなうこととした。あわせて、環境整備、原因に対する治療の有益性の判断、家族ケアを薬剤使用に先立ち必須のケアとして含めた。

それ以降のラインにつづく、具体的な薬剤の使用に関しては、前述の処置によってのコントロールの成否によって、不穏に対する症状緩和を意図する場合と、緩和不可能な症状として鎮静を意図する場合との2つの別のラインを用意した。また、不穏に対する症状緩和を意図する場合には、呼吸数が一定数以上保たれている臨床状況を前提とした。具体的な薬剤選択としては、不穏に対する症状緩和の場合は、ハロペリドールをはじめとしたメジャートランクライザーおよびヒドロキシジン、ベンゾジアゼピン系の坐剤を各施設の状況により第一選択薬剤として選択できる形式とした⁴⁾¹³⁾。

その際、わが国で使用可能であり、また多くの施設で使用されている複数の薬剤の使用方法を、薬物投与経路に応じて記し、各施設で使用経験が豊富な薬剤を選択可能な形式とした。鎮静を意図する場合には、鎮静の深さに応じて、選択薬剤および投与方法を選択可能な形にするとともに、持続的な深い鎮静をおこなう場合については、別の独立したアルゴリズムを参照する形式とした。

おわりに

終末期のせん妄/不穏に対するLCP日本語版アルゴリズムを作成した。わが国の現状を反映して、LCPオリジナル版を大幅に改編する形式となっている。今後、実地医療現場でのフィールドテストを通して、さらに改良をおこなう予定である。

文献

- 1) 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* 160 : 786-794, 2000
- 2) Centeno C, Sanz A, Bruera E : Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med* 18 : 184-194, 2004
- 3) Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M *et al* : Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage* 16 : 145-152, 1998
- 4) Morita T, Inoue S, Chihara S : Sedation for symptom control in Japan : the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 12 : 32-38, 1996
- 5) 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 2002
- 6) Nicholas LM, Lindsey BA : Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics* 36 : 471-479, 1995
- 7) Casey DA, DeFazio JV Jr, Vansickle K *et al* : Delirium. Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. *Postgrad Med* 100 : 121

- 124, 128, 133-134, 1996
- 8) Meagher DJ, Moran M, Raju B *et al* : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. *Br J Psychiatry* 190 : 135-141, 2007
- 9) Trzepacz PT : Delirium. Advances in diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 19 : 429-448, 1996
- 10) Trzepacz PT : Update on the neuropathogenesis of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 10 : 330-334, 1999
- 11) Lipowski ZJ : *Delirium : acute confusional states*, Oxford University Press, New York, 1990
- 12) 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* 22 : 997-1006, 2001
- 13) Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H *et al* : Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. *Support Care Cancer* 4 : 390-392, 1996

特集

「緩和ケアチーム」—精神科医に期待すること、精神科医ができること

「緩和ケアチーム」*

精神科医ができること、何が期待されているのか？

大西秀樹**

Key words

Palliative care team, Psychiatric symptoms, Psychiatrist

はじめに

本年4月、がん対策基本法が成立し、がん医療の整備と充実が社会の注目を集めるようになってきている。がん医療における心のケアも行うことが記されており、これからは心のケアを行うことが医療者の義務となった。

元来、がん医療は集学的医療である。外科、内科、放射線科、看護などが集まり、手術、化学療法、放射線医療におけるチーム医療を展開することで治療成績を上げてきた。治療成績が向上すると、今度はがん医療の質を上げることが大切となる。治療成績の向上と近年における告知率の上昇は、社会と医療者の両者に対し心のケアに対する関心を寄せるきっかけを作り、サイコオンコロジーが発展する基礎となった。サイコオンコロジーの発展はがん医療の進歩とともに歩んできたといっていると思う。こうして精神科もチーム医療の一員としてがん医療に加わったが、その活動は確

固たる診療報酬制度に担保されたものではなく、自発的な要素も大きかった。

わが国では1986年11月河野博臣先生(故人)、武田文和先生(埼玉医科大学客員教授)らが発起人となり日本臨床精神腫瘍学会(JPOS)が結成され、1987年に第1回学術大会が開催された³⁾。

学会創設当初は、がん性疼痛、告知の是非などの問題が討議されていたようであるが、現在は当時からの問題に加え、鎮静、倫理、緩和ケアチーム、コミュニケーションスキルなど幅広い領域を扱うようになってきている。学会員は600名を超えるが、これは各国別の会員数としては最も多い。

この間、制度面での改革もみられた。最も大きなものは2004年に設けられた緩和ケアチーム診療加算制度であろう⁵⁾。この制度は一定の経験を有する身体科医師、精神科医、および看護師がチームを作り、がん患者さんの身体的、精神的苦痛に対応する場合、その活動に対して一定の診療報酬を加算するというものである。この制度の最大の特徴は、精神科医の参加が必須となっていることである。これはわが国独自の制度であるが、①がん医療では治療中・終末期を問わず精神医学的な有病率が高いこと、②精神症状の見逃しが多いこと、③精神症状はがん患者さんにとって苦痛であること、④患者さんの自己決定および医療者の

* Palliative Care Team in Japan—What can psychiatrists do? What is expected for psychiatrists?

** 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科(〒350-1298日高市山根1397-1), ONISHI Hideki: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Japan

病態判断を鈍らせる可能性のあることから^{1,2,4)}、がんの臨床現場に精神科医を加えることが望ましいとしたこの医療制度は優れた制度であるといえる。医療費削減の流れの中でこの制度ができたことは、がん医療の総合的な質を上げたいという、国を挙げての流れを確実なものにした。

精神科医はごくわずかな精神症状であってもそれを見出し治療ができるという専門性、医療者・患者間、医療者間同士を橋渡しする能力、コミュニケーション能力を有している。したがって緩和ケアチームの中でもその能力を生かした仕事ができるし、まさに適任であると考えている。

オピオイドの使用については慣れていないかもしれない。しかし、私たちは精神症状を評価し薬剤の量と種類を決めるという臨床的な実践を長い間行っている。オピオイド処方、患者さんの痛みの場所、程度を聞き、オピオイドの量と種類を決めることが基本である。これは私たちが日常行っている精神医療にきわめて類似していることから、オピオイドにもすぐに習熟することが可能だと思ふ。ましてや、オピオイドの副作用である吐き気、嘔吐の治療はプロクロルペラジン、ハロペリドール、リスペリドンなどの抗精神病薬が中心である。これらは私ども精神科医が作用、副作用の細部まで知り尽くしている薬剤でもある。精神科医の役割は、がん医療において尽きることがない。

今回の特集では、わが国を代表するサイコロジストの先生方に緩和ケアチームにおける精神科医の役割についてご意見を述べていただいた。緩和ケアチームでも指導的な役割を演じている先生方であるので、私ども精神科医ができること、抱えている問題点そして限界点などが明らかにされると思われる。緩和ケアチームにおける疑問の解決、今後歩いていく方向性が明確になるだろう。

また、がん緩和医療に携わる代表的な先生方に、精神科医に対する要望をお願いした。現場の第一線でがん治療も行いながら緩和ケア活動も熱

心に行われている先生方のご意見、ご批判が聞かれると思う。私たち精神科医は、これら先生方の意見を真摯に受け止め、今後の医療を展開するための足がかりにする必要があるだろう。

埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチーム活動

今回の特集では、私が現在勤務している埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチームのメンバーに、緩和ケアチームの現状と課題を述べてもらうことにした。

大学病院にできた新しい診療科、新しい緩和ケアチームの活動は今後のモデルケースとなるとも考えており、このチームの活動を特集として挙げた。内容的にも、皆様の今後の医療を充実させるための参考になるのではないかと思っている。

まず、埼玉医科大学国際医療センターで行っている医療の概要を述べたい。

埼玉医科大学では、三大成人病である脳卒中、心臓病、がんに対応するため2007年4月1日、埼玉県日高市に埼玉医科大学国際医療センター(600床)を開設した。このうち包括的がんセンター(以下、がんセンター)は300床、わが国の大学病院としては初のがんセンターである。22の診療科を有し、各臓器のがん医療専門家が治療を担当しているが、診療形態は従来の大学病院にみられたような縦割りの構造を極力廃し、各科が協力しながら診療を行っているのが特徴である。

精神腫瘍科は2006年4月1日、移転前の大学病院(埼玉県毛呂山町)で、わが国の大学病院として初めて開設された。国際医療センターの開設に伴い精神腫瘍科も移転して現在に至っている。

2006年度は筆者1人で診療活動を行ったが、国際医療センターの開設とともに3名のスタッフに来ていただき、精神科医3名(教授1, 講師1, 助教1), 心理士1名(助教)の4人が教員として活動している。7月からは秘書さんにも来ていただき、科としての体制が整った。いずれのメンバーも元の職場で活躍していた人たちが、元の職