

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

精神科臨床場面における多職種協働による効果的ながん検診の受診勧奨法の開発と効果を検証する研究

研究分担者	稲垣正俊	島根大学医学部精神医学講座・教授
	山田了士	岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学・教授
	内富庸介	国立がん研究センター支持療法開発部門・部門長
	藤森麻衣子	国立がん研究センター 社会と健康研究センター健康支援研究部・室長
	樋之津史郎	札幌医科大学医学部医療統計学・教授
	藤原雅樹	岡山大学病院精神科神経科・助教
	堀井茂男	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・理事長
	児玉匡史	岡山県精神科医療センター・医療部長 臨床研究部長
	宮路天平	東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学講座・特任助教
研究協力者	島津太一	国立がん研究センター 社会と健康研究センター行動科学研究部・室長
	高橋宏和	国立がん研究センター 社会と健康研究センター検診研究部・室長
	中谷直樹	埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科・教授
	森田達也	聖隷三方原病院・副院長
	松下貴紀	医療法人社団良友会 山陽病院・医師
	吉村優作	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・医長
	宋 龍平	岡山県精神科医療センター・医師
	掛田恭子	高知大学医学部神経精神科学講座・助教
	樋口裕二	こころの医療 たいようの丘ホスピタル・副院長
	山田裕士	一般財団法人江原積善会 積善病院・医師
	岡田裕之	岡山大学学術研究院医歯薬学域消化器・肝臓内科学・教授
	原田馨太	岡山大学病院消化器内科・助教
	黒崎美雪	東京大学大学院医学系研究科 臨床試験データ管理学講座 学術支援職員
	清家 久美子	東京大学大学院医学系研究科 臨床試験データ管理学講座 学術支援職員

研究要旨

代表的な精神障害である統合失調症患者においても、がんは心血管疾患に次ぐ主要な死因であり、身体的健康を考える上で重要な疾患である。統合失調症患者は、貧しい食生活や運動不足、高い喫煙率など、がんのリスク因子を有していることが多いが、がん検診受診率が低いことがわかっており、がん検診受診を勧奨し、支援することは世界的な課題である。これまでに、精神障害者に対するがん検診受診勧奨法の効果を検証した無作為化比較試験は1件もなく、有効な受診勧奨法の確立が急務である。

1年目に、かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法を開発し、パイロット研究で実施可能性と予備的な有効性を明らかとした。2年目である令和元年度は、開発したがん検診受診勧奨法の有効性を検証するために無作為化比較試験を完了した。3年目である令和2年度は、無作為化比較試験のデータ解析を実施し、得られた結果を公表するための論文を作成した。

A. 研究目的

代表的な精神障害である統合失調症患者においても、がんは心血管疾患に次ぐ主要な死因であり、身体的健康を考える上で重要な疾患である。統合失調症患者は、貧しい食生活や運動不足、高い喫煙率など、がんのリスク因子を有していることが多く、がんによる死亡率は一般人口よりも高いことが示されている (Zhuo et al., Br J Psychiatry, 2017)。

統合失調症でがんによる死亡率が高い原因として、診断の遅れが挙げられるが、その理由として低いがん検診受診率が指摘されている (Irwin et al., Cancer, 2014)。わが国においても、重症精神障害相当の心理的苦痛を有するものは、そうでないものと比較してが

ん検診の未受診者が多いことが我々の先行研究で明らかとなった (Fujiwara, Inagaki, et al. Cancer, 2018)。また、精神科病院に通院中の統合失調症患者においては、一般住民のおよそ約半分の受診率であった (Fujiwara, Inagaki, et al., Psychiatry Clin Neurosci, 2017)。大腸がん検診受診率についてみると、2013年の岡山市の一般住民の受診率が40.7%であるのに対して、2016年に調査した統合失調症患者の受診率は25.1%であった。特に、職域での検診機会が無い、医療保険が国民健康保険または生活保護に該当する患者では、7~21%という極めて低い受診率であり (Inagaki, Fujiwara, et al. Tohoku J Exp Med, 2018)、大腸がん検診受診率は13.4%にとどまった。

精神障害者に対してがん検診受診を勧奨し、支援することは世界的な課題である（Weinstein et al., CA. Cancer J Clin, 2015）。一般住民において有効ながん検診受診勧奨として、手紙や電話による勧奨・再勧奨、パンフレットやニュースレター、1対1の教育、複合的アプローチなどがあげられるが（CDC, What Works Fact Sheet: Cancer Screening - The Community Guide, 2017）、これらが精神障害者においても有効であるかは不明である。これまでに、精神障害者に対するがん検診受診勧奨法の効果を検証した無作為化比較試験は1件もなく（Barley et al., Cochrane Database Syst Rev, 2016）、有効な受診勧奨法の確立が急務である。

一方で、精神科医療機関においては、患者の精神症状、機能障害を個別にアセスメントした上で、地域生活に必要なサービスを計画、調整するといった複合的なケースマネジメントが日常的な外来臨床として行われている。その中には、患者の身体的健康の相談や、適切な医療機関への紹介等も含まれる。

そこで、本研究では、既にある通常の医療資源を利用した、かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法を開発する。

1年目は、文献をレビューした上でがん検診受診勧奨法を作成し、パイロット研究を実施して実施可能性と予備的な有効性を明らかとした。2年目である令和元年度は、開発したがん検診受診勧奨法の有効性を検証するために無作為化比較試験を実施した。3年目である今年度は、2年目に実施した試験の解析を行った。

B. 研究方法

1) 試験デザイン

市町村による通常のがん検診勧奨を対照とした、非盲検、ランダム化の検証的臨床研究。岡山大学主管の多施設共同研究で、研究対象者組入れ実施施設は岡山県精神科医療センターおよび慈恵病院の2施設とした。

2) 対象

外来通院中の40歳以上の統合失調症患者（統合失調感情障害を含む）で、岡山市在住で医療保険が国民健康保険または生活保護に該当し職域検診機会がなく、市の住民検診が対象となる者である。

3) 対象者の登録と割り付け

既存の診療記録から取得可能な情報（年齢、性、居住地、保険種別）をもとに、参加候補者を同定し、主治医より参加協力を依頼して同意を取得する。主治医及び研究者が適格基準を満たすことを確認して文書で同意を得た後、Electronic Data Capture システム（以下、EDC）を用いて、登録を行った。

研究対象者は、EDCを用いて介入群と対照群とに1:1にランダムに割り付けられる。ランダム割り付けについては、施設と性別を層別割付調整因子とする層別ブロック法を用いた。

4) 介入の内容

対照群に割り付けられた対象者に対しては、岡山市が住民に対して実施している勧奨は通常通りなされるのみで、何も介入しない。現在、精神科病院でがん検診受診対象者に対してケースマネジメントによる個別の受診勧奨を体系化して行うことは一般的ではない。ただし、対照群の対象者からがん検診受診の相談があれば、通常の臨床通りに応じる。

介入群は、勧奨実施手順に基づいて、初回介入日に、がん検診受診の勧奨を全例に対して行う。本研究では、大腸がん検診の勧奨を主として行う。ケースマネジメントによる介入は、A) ケースマネージャーによる大腸がん検診受診の勧奨、B) 対象者に応じた検診施設の紹介、予約支援、C) 必要に応じた無料券手続きの説明、D) 勧奨後のフォロー連絡（手続き進捗確認、再勧奨等）を含み、初回のコンタクト日、その後のフォロー連絡（2回を基本とするが、患者に応じて増減）として実施する。これら一連の介入は、看護師、精神保健福祉士等によって実施する。介入の内容は日常臨床で行う業務の範囲であり、特別な知識や訓練を必要としないが、各施設で介入に関わるスタッフは、わが国で実施されているがん検診の体系、勧奨となる対象、方法等について事前に一般的資料で理解を深めて実施する。対象者への介入は2019年6月1日以降の同意取得日～12月31日の間で実施した。

5) 評価項目

主要評価項目は、2019年度に岡山市が実施する大腸がん検診の受診割合（岡山市の記録に基づく）である。対象者または代諾者に同意を得て、岡山市に対して氏名、住所、生年月日をもとにがん検診受診の有無を照会した。

副次評価項目は、①対象者が受診対象となる2019年度に岡山市が実施するその他のがん検診（肺、胃、乳、子宮頸がん）受診の有無、②大腸がん検診の受診/未受診の理由、勧奨を受けた感想、便潜血陽性だった場合に精査の受診/未受診理由、精査受診した場合のその後の診療経過（介入効果の観察期間終了後の2020年1月～3月末に追跡インタビュー調査を実施する）、③実施した勧奨内容の記述、④介入実施者から聴取するがん検診受診勧奨について有効と考えられる点、受診に際しての課題、勧奨実施における課題の記述、⑤勧奨の所要時間の記述である。

6) 統計解析方法

主要評価項目である、大腸がん検診受診の受診割合について、カイ二乗検定により群間比較を行う。探索的な事後解析として、背景因子による層別解析を行う。副次評価項目は、①については、胃がん検診は50歳以上男女、乳がん検診は40歳以上女性、子宮頸がん検診は20歳以上女性を解析対象として、各検診の受診割合についてカイ二乗検定により群間比較を行う。②～⑤については、得られた結果を記述する。

7) 目標症例数および設定根拠

目標症例数は172例。2016年に我々が岡山県精神科医療センターで実施した横断調査では、大腸がん検診の受診率が13.5%であった。統合失調症患者に対するがん検診受診勧奨を行った先行研究はないため、2018年度に実施可能性を検討するパイロット研究を実施した2施設の研究者及び十分な精神科臨床経験のある研究者で協議し、介入群の受診率を40%と見積もった。対照群にも研究同意説明がなされることで受診勧奨効果が多少あると考え、対照群の受診率を20%と見積もった。有意水準 α を0.05、検出力を80%として、カイ二乗検定で両側検定する場合片群あたり82例が必要である。各群5%の症例で同意撤回あるいは評価不能となる症例を見込み、1群86例とし、目標症例数を172例に設定した。

（倫理面への配慮）

2019年4月に岡山大学臨床研究審査専門委員会において承認された（臨1904-003）。倫理審査専門委員会で承認の得られた同意説明文書を患者または代諾者に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、患者または代諾者の自由意思による同意を文書で得た。

本研究の介入は、通常の外來診療にあわせてがん検診の受診勧奨を行うものであり侵襲は伴わない。しかし、本研究の実施に伴って研究対象者に健康被害が発生した場合の補償責任に備え、当研究は臨床研究保険に加入して実施した。

C. 研究結果

2020年6月3日に第1例目を登録し、9月9日に目標症例数の172例に到達した。そのうち1名は研究同意を撤回し、1名は割付後不適格が判明したため、解析対象は170名となった。予定通り、2020年1月～3月末において対象者に対する追跡インタビュー調査も実施した。また、介入をケースマネージャーとして実施した医療者に対して、実装アウトカム（本勧奨法の受容性、適切性、実施可能性）を評価するためのインタビューも実施した。

6月にデータ固定を終え、主たる結果の解析が10月に完了した。現在、主論文を査読付き英文誌に投稿中である。

D. 考察

かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法の無作為化比較試験を実施した。本研究は、通常外來にあわせて行ったが、理想的環境下で介入法の効能を検証した試験である。今後、追跡調査インタビューの結果を解析し、勧奨法のどのコンポーネントが効果に重要かなど、実臨床下での実装に向けて有用な情報を明らかにする。その結果も踏まえ、次のステージとして、実臨床下で介入法の修正（適応）、有効性を検証する実装研究へと進め、普及を目指す取り組みが望まれる。

E. 結論

かかりつけ精神科医療機関における複合的ケースマネジメントによる個別のがん検診受診勧奨法の有効性を明らかにするため、市からの通常勧奨を対照とした無作為化比較試験を完遂した。3年目である今年度は、主たる結果の解析を完了し、論文投稿を行った。今後は実臨床下への実装に向けた研究を進めていく必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

藤原雅樹 シンポジウム マイノリティのcancer careを考える 精神疾患を抱える患者のがん医療における格差。緩和・支持・心のケア合同学術大会2020.8

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

精神障害者のがん診断と治療における課題を明らかにし、問題を解決するための連携を促進する体制構築を目指す研究

研究分担者	稲垣正俊	島根大学医学部精神医学講座・教授
	山田了士	岡山大学学術研究院医歯薬学域精神神経病態学・教授
	内富庸介	国立がん研究センター支持療法開発部門・部門長
	藤森麻衣子	国立がん研究センター 社会と健康研究センター健康支援研究部・室長
	藤原雅樹	岡山大学病院精神科神経科・助教
	堀井茂男	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・理事長
	児玉匡史	岡山県精神科医療センター・医療部長 臨床研究部長
研究協力者	島津太一	国立がん研究センター 社会と健康研究センター行動科学研究部・室長
	高橋宏和	国立がん研究センター 社会と健康研究センター検診研究部・室長
	中谷直樹	埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科・教授
	森田達也	聖隷三方原病院・副院長
	松下貴紀	医療法人社団良友会 山陽病院・医師
	吉村優作	公益財団法人慈圭会 慈圭病院・医長
	宋 龍平	岡山県精神科医療センター・医師
	掛田恭子	高知大学医学部神経精神科学講座・助教
	樋口裕二	こころの医療 たいよの丘ホスピタル・副院長
	山田裕士	一般財団法人江原積善会 積善病院・医師
	井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科・助教
	田端雅弘	岡山大学病院腫瘍センター・教授
	和田里穂	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学・大学院生
	江藤 剛	島根大学医学部附属病院 看護師

研究要旨

精神障害者は、がんによる死亡率が一般人口よりも高いことが示されている。精神障害者のがん死亡率が高い背景の1つとして、がん検診受診率が低い、診断の遅れや標準的な治療を受けることができていない、といったがん診療における格差があることが報告されている。わが国でもこれらの問題があることが部分的に示されてはいるが、精神障害者のがんの診断、治療およびケアにおいて具体的にどのような取り組むべき課題があるかはほとんどわかっていない。

本研究では、1年目に精神障害者のがんの治療、診断およびケアにおける課題を広く抽出する自由記述アンケート調査を実施し、調査票の配布、回収までを行った。2年目に、抽出された意見の質的解析を進め、がん拠点病院における精神障害者の受け入れ、治療体制の課題をはじめ、わが国における精神障害者のがんの診療における具体的課題を明らかとした。3年目である令和2年度は、明らかにした具体的課題がどの程度問題であるかを定量するための質問紙調査を実施した。あわせて、課題と解決方法への理解を促すための症例集を作成した。

A. 研究目的

精神障害者は、貧しい食生活や運動不足、高い喫煙率など、がんのリスク因子を有していることが多く、がんによる死亡率は一般人口よりも高いことが示されている（Zhuo et al., Br J Psychiatry, 2017; Erlangsen et al., Lancet Psychiatry, 2017）。精神障害者のがん死亡率が高い背景としては、精神症状・機能障害のために診断の遅れ、標準的な治療を受けることができない、といった理由が想定されている（Irwin et al., Cancer, 2014）。わが国においても、精神障害者はがん検診受診率が低い（Fujiwara, Inagaki, et al. Cancer, 2018; Fujiwara, Inagaki,

et al., Psychiatry Clin Neurosci, 2017）、より進行したステージで入院し、侵襲的治療を受ける者が少ない（Ishikawa et al., Br J Psychiatry, 2016）、といった問題があることが部分的に示されており、格差是正のための取り組みが望まれる。

しかしながら、事前の文献レビューおよび研究者間の知見の共有において、世界的にも精神障害者のがんの診断、治療およびケアにおいて具体的にどのような取り組むべき課題があるかはほとんどわかっていないのが現状であった。

そこで本研究では、がんを合併した精神障害者のがんの治療、診断およびケアにおける課題を広く抽出す

る質的調査を行う。

1年目である平成30年度は、精神障害者のがんの診断、治療およびケアに関する自由記述アンケート調査を実施し、調査票の配布、回収までを行った。2年目である令和元年度はその内容について質的な解析を実施し、精神障害者のがん診療における課題および考えられる解決法を明らかにし、コード、カテゴリとして集約した。3年目である令和2年度は集約した課題をもとに、それぞれの課題がどの程度問題であるかを定量するための質問紙を作成し、優先的に取り組むべき内容を明らかにした。また、課題と解決方法への理解を促すための症例集を作成した。

B. 研究方法

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

1) 研究デザイン

岡山大学主管・多施設共同・選択式アンケートを用いた記述的研究。

2) 対象

岡山県および島根県において全域の網羅的な調査を実施するため、岡山県がん診療連携協議会、島根県がん診療ネットワーク協議会、岡山県精神科病院協会、島根県精神科医懇話会へ協力を依頼し、以下のA～C群を対象とした。

A群：がん診療連携拠点病院またはがん診療連携推進病院（全17病院）においてがん治療に関わるがん治療認定医、緩和ケア医、がん関連の専門/認定看護師、がん診療に専門性の高い資格を有する薬剤師、がん患者の相談支援員

B群：地域がん診療病院（全2病院）においてがん治療に関わる常勤医師、看護師、薬剤師、がん患者の相談支援員（看護師、薬剤師は各病院が十分な臨床経験を有する者を任意で若干名選定する）

C群：精神科病院（岡山県精神科病院協会および島根県精神科医懇話会に加盟する精神科病院のうち、認知症専門病院を除いた全23病院）で精神障害者の治療にかかわる精神科医、身体科医、看護師、支援相談員、薬剤師（看護師、支援相談員、薬剤師は各病院が十分な臨床経験を有する者を任意で若干名選定する）

3) 調査票の内容

回答者の属性：

大問1で職種を自己申告で尋ねた。回答者の所属施設は調査票内に記載された通し番号から把握する。がん医療従事者については、その所属施設をもとに、精神科常勤医、リエゾンチームおよび精神科病棟の有無を把握する。

（がん医療従事者（A、B群）に対する調査票）

令和元年度に行った自由記述アンケート調査から抽出された課題カテゴリのうち、がん医療従事者の診療に関わる5つのカテゴリ（がん医療従事者の態度・スキル、がん医療者と精神科医療者の連携、拠点病院要因、地域要因、精神障害者要因）について尋ねることとし、研究者で協議を行い、5つのカテゴリに含まれる50のアイテムについて尋ねる選択式アンケートを作成した。

大問2では「がん医療従事者の態度・スキル」に関する18項目および「がん医療者と精神科医療者の連携」に関する5項目について、1) 思わない、2) たまに思う、3) 時々思う、4) よく思う、5) 非常によく思うの5件法で尋ねた。大問3では「拠点病院要因」に関する質問4項目、大問4では「地域要因」に関する質問2項目、大問5では「精神障害者要因」に関する質問21項目について、1) 全くそう思わない、2) どちらかというそう思わない、3) どちらとも言えない、4) どちらかというそう思う、5) 非常にそう思うの5件法で尋ねた。

（精神科医療従事者（C群）に対する調査票）

課題カテゴリのうち、精神科医療従事者に関わる5つのカテゴリ（精神科医療者の態度・スキル、がん医療者と精神科医療者の連携、精神科医療機関の要因、地域要因、精神障害者要因）について尋ねることとし、研究者で協議を行い、精神科医療従事者に関わる5つのカテゴリに含まれる36のアイテムについて選択式アンケートを作成した。

大問2では「精神科医療者の態度・スキル」に関する6項目、大問4では「精神科医療機関の要因」に関する4項目、大問5では「地域要因」に関する2項目、大問6では「精神障害者要因」に関する質問21項目について、1) 全くそう思わない、2) どちらかというそう思わない、3) どちらとも言えない、4) どちらかというそう思う、5) 非常にそう思うの5件法で尋ねた。大問3では「がん医療者と精神科医療者の連携」に関する3項目について、1) 思わない、2) たまに思う、3) 時々思う、4) よく思う、5) 非常によく思うの5件法で尋ねた。

なお、先行研究、研究者間で議論を通じて、認知症患者のがんは既に様々議論が始まっていること、その他の精神障害とは異なる視点になることから、本調査では認知症を除いた精神障害についての意見を求める。

4) 解析

調査票の回答された選択肢の分布を記述し、回答の平均値および標準偏差を算出した。加えて、がん医療従事者に対する調査票については、病院背景因子（精神科病棟の有無、精神科リエゾンチームの有無、精神科常勤医の有無）で層別を行い、各項目における点数の分布を記述した。

（倫理面への配慮）

本研究は2020年7月に岡山大学（研2007-034）、9月に島根大学（20200825-2）の倫理委員会において承認された。

研究参加者は文書で研究について説明を受け、調査票上のチェックボックスで研究についての同意を回答する。本研究は、無記名のアンケート調査であり、取得する情報に研究対象者のプライバシー情報は含まれない。結果公表の際にも研究対象者を特定できる情報を含まないようにする。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成

令和元年度に行った自由記述アンケート調査から抽出された課題、解決方法の内容に基づき、精神科リエゾン経験の豊富な研究者がこれまでの経験を基に、教育資料として架空症例集を作成した。

C. 研究結果

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

全体で1009名にアンケートを配布し、651名（64.5%）から回答を得た。対象者種別でみると、A、B群（がん医療従事者）は17病院（89.5%）の協力が得られ、661名にアンケートを配布し、388名（58.7%）が回答した。C群は（精神科病院医療従事者）、20病院（87%）の協力が得られ、348名にアンケートを配布し、263名（75.6%）が回答した。

〈がん医療従事者に対する調査項目〉

大問1で尋ねた対象者の職種については、身体的治療を行う医師198名（55.5%）、緩和ケア医9名（40.9%）、薬剤師46名（73%）、看護師73名（76%）、生活支援相談員40名（47.1%）であった。またその他、もしくは回答が得られず職種不詳であったものが22名であった。

病院背景因子を把握出来たがん医療従事者は、回答を得た388名のうち364名（93.8%）であった。このうち精神科常勤医とリエゾンチームを持たない6施設からの回答者が77名、精神科常勤医を有するがリエゾンチームをもたない4施設からの回答者が57名、精神科常勤医とリエゾンチームのどちらも有する7施設からの回答が230名であった。

（大問2）がん医療従事者の態度・スキル／がん医療者と精神医療者の連携

表1に平均値と回答の分布を示した。回答平均値が高く、相対的に困難と感じられていた項目を以下に挙げる。

最も困難度が高かったのは「精神障害を有する患者の意思決定能力の評価が難しい（問2-7）」で、4（よく思う）、もしくは5（非常によく思う）と答えた回答者は42.6%で回答平均値は3.23であった。次いで困難度が高かったのは「精神障害を有する患者の治療に対する意向が家族と異なる場合の意思決定支援が難しい（問2-9）」で、回答平均値が3.15であり、4もし

くは5と答えた回答者は37%であった。意思決定に関する他の質問についても比較的困難度が高かった（問2-10、問2-11）。

3番目に困難度が高かったのは「がんの検査/治療に必要な、安静保持、服薬管理、副作用の報告、セルフケア等が可能かどうかの評価が難しい（問2-12）」であり、4もしくは5と答えた回答者が34.3%で、回答平均値は3.05であった。患者の理解や能力の評価に関連した質問は困難度が比較的高かった（問2-5、問2-8）。患者の理解や能力の評価だけでなく、身体症状の評価についても困難度が高かった（問2-14）。

（大問3）拠点病院要因

表2に平均値と回答の分布を示した。項目の中では、「障害者差別解消法に沿い、精神障害者に対して差別的扱いをしないため／合理的配慮を行うための院内での啓発、研修が十分に行われている（問3-1）」について1（全くそう思わない）もしくは2（どちらかというところ思わない）と答えた回答者が47.4%に至った。また表10に病院背景で層別した解析の結果を示した。

（大問4）地域要因

表3に平均値と回答の分布を示した。「（あなたの病院も含め）二次医療圏内に、重度の精神障害を有する患者のがん治療に十分に対応できるがん拠点病院がある（問4-1）」について1（全くそう思わない）もしくは2（どちらかというところ思わない）と答えた回答者が28.6%で、「精神障害を有するがん患者を地域で支援する福祉サービスが十分に整っている（問4-2）」について1もしくは2と答えた回答者が30%だった。

〈精神科医療従事者に対する調査項目〉

大問1で尋ねた対象者の職種については、身体的治療を行う医師8名（32%）、精神科医100名（65.8%）、薬剤師27名（81.8%）、看護師82名（98.8%）、生活支援相談員38名（92.7%）であった。またその他、もしくは回答が得られず職種不詳であったものが8名であった。

（大問2）精神科医療者の態度・スキル

表4に平均値と回答の分布を示した。「がんを含め患者の身体的健康に注意を払っている（問2-3）」について4（どちらかというところ思う）もしくは5（非常に思う）と答えた回答者は88.3%で、「患者のがん予防のための、禁煙や生活習慣の指導を行なっている」と答えた回答者は49.8%であった。一方で、「患者のがん治療のサポートに必要な知識、技術を有している（問2-6）」については1（全くそう思わない）もしくは2（どちらかというところ思わない）と答えた回答者が58.4%で、「がんの身体症状に適切に対応するための知識、技術を有している（問2-4）」「患者のがん早期発見のための、がん検診受診勧奨などを行なっ

いる（問 2-2）」についてはそれぞれ 51.3%、48.3%であった。

（大問 3）がん医療者と精神医療者の連携

（大問 4）精神科医療機関の要因

（大問 5）地域要因

表 5-7 に平均値と回答の分布を示した。「精神科病院ではがんなどの身体疾患を診断・治療する医師/設備が乏しい（問 4-4）」に 4（どちらかというと思う）もしくは 5（非常に思う）と答えた回答者は 87.3%で、精神科病院でがんを診ることに困難さが伺われた。それにもかかわらず、がん医療機関と精神科医療機関の連携に関わる項目である「精神科に入院している患者を他院に受診させるための、スタッフ等の人的資源・医療費などの金銭的資源の問題がある（問 4-2）」に 4 もしくは 5 と答えた回答者は 57.4%、「精神科医療機関、がん拠点病院間での入院患者の往診が難しい（問 3-3）」に 4 もしくは 5 と答えた回答者は 52.7%に至った。

〈がん・精神科医療従事者に対する調査項目〉

精神障害者要因

表 8 に平均値と回答の分布を示した。がん診療に影響する患者のヘルスリテラシーの低さ、がん診療に影響する患者の精神症状、孤立・支援の不足、交通の障害など精神障害者が抱える要因についてがんの治療への影響度を尋ねたが、21 項目とも 4（どちらかというと思う）もしくは 5（非常に思う）と答えた回答者が多かった。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成

3 名の研究者で協議を行い、以下の 5 例の架空症例を作成した（詳細はケース①～⑤参照）。

- ① 精神科治療チームとがん治療チームが、積極的な連携を行った事例
- ② 患者の特性を評価し、配慮したケアを一般病棟で提供した事例
- ③ 精神症状が重度で、診断、治療、緩和全てのがん診療場面で困難があった事例
- ④ 精神症状や治療同意能力の評価を精神科チームがサポートして治療導入した事例
- ⑤ 精神科入院による構造化されたケアによって積極的がん治療を提供した事例

D. 考察

精神障害者のがん診療における課題を定量する研究

精神障害者のがん診療における課題の解決に取り組んでいくにあたっての基礎となるデータが得られた。課題は多岐にわたり、どの課題に優先的に取り組む必要があるかは医療機関ごとに異なる可能性がある。本研究で使用した調査票は、各医療機関で課題を評価するためのツールとして利用できる。今後、それぞれの医療機関で課題を評価し、解決のための取り組みを実践し、好事例を収集していくことが望まれる。

課題と解決方法への理解を促すための症例集の作成

精神障害者のがん診療における課題および解決方法について理解を促すための教育資料を作成することが出来た。今後、各医療機関で解決方法を具体的に検討する際の資料として活用していく。

E. 結論

本年度は、精神障害者のがん診療における課題を定量するための選択式アンケートを実施し、課題の優先度を明らかとした。結果について、今後論文・学会発表を行う。

課題は、医療従事者レベルから組織、地域レベルまで多岐に渡る。今後は整理した課題をもとに、医療機関の個別性に応じた取り組みを具体的に検討・実施していく必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記すべきことなし

【資料 精神障害者のがん診療における課題を定量する研究】

各質問の回答平均値と回答分布（回答平均値が高い順に記載）
 〈がん医療従事者に対する調査項目〉

表 1. がん医療従事者の態度・スキル／がん医療者と精神医療者の連携（N=388）

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		思わ ない	たまに 思う	時々 思う	よく 思う	非常に よく 思う
		%	%	%	%	%
問 2-7 精神障害を有する患者の意思決定能力の評価が難しい	3.23 (1.02)	3.1	23.5	30.9	32.5	10.1
問 2-9 精神障害を有する患者の治療に対する意向が家族と異なる場合の意思決定支援が難しい	3.15 (1.08)	5.4	23.1	34.5	25.1	11.9
問 2-12 がんの検査/治療に必要な、安静保持、服薬管理、副作用の報告、セルフケア等が可能かどうかの評価が難しい	3.05 (1.04)	5.9	25.5	34.3	25.8	8.5
問 2-14 精神障害を有する患者は、精神症状により身体症状の訴えが修飾される、または訴えが少ないことで、身体症状や苦痛の評価が難しい	3.04 (1.02)	4.4	28.9	33.3	25.3	8
問 2-5 精神障害を有する患者の理解度を確認しながら、がんの診断や治療について説明することが難しい	3.00 (1.00)	5.4	26.4	37.7	23.5	7
問 2-13 がんの検査/治療中に精神症状が悪化した場合の対応が難しい	2.97 (1.07)	7	28.5	33.9	21.2	9.3
問 2-8 予後・QOL の改善が見込まれる治療を精神症状のために拒否する患者への対応が難しい	2.94 (1.07)	9.1	25.9	34.2	23.8	7
問 2-18 精神障害を有する患者のがんの治療継続や生活を支援するサービスに関する知識が不足しており、紹介や導入が難しい	2.88 (1.15)	12.9	25.8	30.2	22.7	8.3
問 2-11 精神障害を有する患者の意思決定を支援/代理するキーパーソンの確保が難しい	2.77 (1.07)	9.8	34.1	32.6	16	7.5
問 2-19 精神症状が現在問題となっている患者を受け入れる際に、事前の相談や必要な情報の共有が難しい	2.75 (1.12)	13.7	30.1	30.6	18.9	6.7
問 2-10 精神障害を有する患者は、検査/治療に対する意向が変動することがあり、意思決定支援および検査/治療の実施が難しい	2.75 (1.01)	9.3	34.1	33.3	18.6	4.7
問 2-3 精神症状のために、精神障害を有する患者との信頼関係の構築が難しい	2.75 (1.00)	8.3	36.2	32.3	18.9	4.4
問 2-4 精神障害を有する患者とのコミュニケーションはより時間を要するため、その時間を確保することが難しい	2.73 (1.10)	13.7	30.7	31.2	18.3	6.2
問 2-23 精神科医療機関、がん拠点病院間での入院患者の往診が難しい	2.63 (1.33)	25.9	25.1	19.4	19.1	10.5
問 2-6 患者の精神症状をさらに悪化させるのではないかとという懸念のため、がんの診断や治療について説明することが難しい	2.60 (1.03)	15.9	30.7	33.6	16.9	2.9
問 2-16 がん治療によって向精神薬の変更、調整が必要になった際の対応が難しい	2.56 (1.16)	20.4	31.6	26.6	14.9	6.5
問 2-17 精神障害を有する患者のがん診療にあたり、かかりつけ精神科医療/福祉との情報共有や連携が難しい	2.55 (1.15)	21	30.8	25.6	17.4	5.2
問 2-20 がん拠点病院内の精神科医療従事者とがん治療医の診療に必要な連携が十分ではない	2.42 (1.27)	32.6	22.3	23.3	14.5	7.3
問 2-21 医療チームのメンバーごとに、精神障害者やそのがん治療に対する認識が異なることでチームとしてまとまっ	2.26 (1.08)	29.3	31.6	25.1	11.4	2.6

た動きをとることが難しい

問 2-1 精神疾患の病名があると診療の受け入れをためらう	2.20 (1.03)	29.5	34.7	23.3	10.9	1.6
問 2-22 精神障害を有するがん患者を専門的な緩和ケア医/チーム/病棟へ紹介する連携が十分ではない	2.20 (1.20)	37.6	25.6	21.8	9.6	5.4
問 2-2 精神疾患の病名があると、患者の身体症状に対して実施すべき検査を逃してしまう/検査が不十分となる	2.13 (1.02)	31.6	36.6	20.6	9.7	1.6
問 2-15 精神障害を有する患者は服用中の向精神薬によって、必要ながん治療が制約される	1.96 (0.97)	38.3	35.7	19	5.5	1.6

表 2. 拠点病院要因 (N=388)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
問 3-4 精神障害を有するがん患者に対する、リエゾン精神科医/チームによるサポートを提供する体制が整っている	3.24 (1.35)	17.6	11.4	18.9	34.4	17.8
問 3-2 患者相談支援センターや連携室による精神障害を有するがん患者の受け入れ、治療継続のサポートが十分に行われている	3.09 (0.99)	7	19.3	36.9	32	4.9
問 3-3 精神障害を合併するがん患者の入院に、精神科病床以外の病棟でも十分に対応できる	2.72 (1.01)	13.7	26.2	36.8	21.5	1.8
問 3-1 障害者差別解消法に沿い、精神障害者に対して差別的扱いをしないため/合理的配慮を行うための院内での啓発、研修が十分に行われている	2.56 (1.05)	18.3	29.1	33.2	16.8	2.6

表 3. 地域要因 (N=388)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
問 4-1 (あなたの病院も含め) 二次医療圏内に、重度の精神障害を有する患者のがん治療に十分に対応できるがん拠点病院等がある	3.20 (1.25)	13.4	15.2	22.7	34.6	14
問 4-2 精神障害を有するがん患者を地域で支援する福祉サービスが十分に整っている	2.89 (0.89)	7	23	46.8	20.9	2.3

〈精神科医療従事者に対する調査項目〉

表 4. 精神科医療者の態度・スキル (N=263)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という と そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という と そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
問 2-3 がんを含め患者の身体的健康に注意を払っている	3.82 (0.87)	2.7	6.5	12.5	62.7	15.6
問 2-1 患者のがん予防のための、禁煙や生活習慣の指導を行っている	3.26 (1.11)	6.9	20.3	23	39.5	10.3
問 2-5 精神症状が重度な場合でも積極的にがん治療のための紹介をしている	3.02 (1.11)	11.1	19.5	33.2	28.6	7.6
問 2-2 患者のがん早期発見のための、がん検診受診勧奨などを行っている	2.61 (1.11)	18.6	29.7	27	21.7	3
問 2-4 がんの身体症状に適切に対応するための知識、技術を有している	2.52 (0.98)	15.2	36.1	31.2	16.3	1.1
問 2-6 患者のがん治療のサポートに必要な知識、技術を有している	2.37 (0.99)	20.2	38.2	26.3	14.5	0.8

表 5. がん医療者と精神医療者の連携 (N=263)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		思わ ない	たまに 思う	時々 思う	よく 思う	非常に よく 思う
		%	%	%	%	%
問 3-3 精神科医療機関、がん拠点病院間での入院患者の往診が難しい	3.41 (1.24)	8.8	15.8	22.7	30.8	21.9
問 3-2 精神障害を有するがん患者を専門的な緩和ケア医/チーム/病棟へ紹介する連携が十分ではない	3.19 (1.20)	10	19.2	27.2	29.1	14.6
問 3-1 現在精神症状が問題となっている患者をがん拠点病院等へ紹介する際に、事前の相談や必要な情報の共有が難しい	3.00 (1.12)	9.2	24.8	33.2	22.9	9.9

表 6. 精神科医療機関の要因 (N=263)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という と そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という と そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
問 4-4 精神科病院ではがんなどの身体疾患を診断・治療する医師/設備が乏しい	4.37 (0.85)	1.5	1.9	9.2	33.2	54.2
問 4-2 精神科に入院している患者を他院に受診させるための、スタッフ等の人的資源・医療費などの金銭的資源の問題がある	3.78 (1.09)	3.4	11.4	17.9	38.8	28.5
問 4-1 精神科に入院している患者に対してがん検診を提供する機会が制約されている	3.52 (1.08)	4.9	12.5	26.2	38	18.3
問 4-3 精神科病院では麻薬を取り扱うことに制約がある	3.39 (1.23)	10	12.7	26.9	29.2	21.2

表 7. 地域要因 (N=263)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
問 5-1 二次医療圏内に、重度の精神障害を有する患者のがん治療に十分に対応できるがん拠点病院等がある	2.95 (1.32)	16.7	24.7	19.4	25.1	14.1
問 5-2 精神障害を有するがん患者を地域で支援する福祉サービスが十分に整っている	2.36 (0.96)	20.2	36.9	30.4	11.8	0.8

〈がん・精神科医療従事者に対する調査項目〉

表 8. 精神障害者要因質問 (N=263)

	平均値 (SD)	1	2	3	4	5
		全く そう 思わない	どちらか という そう 思わない	どちら とも 言えない	どちらか という そう 思う	非常に そう 思う
		%	%	%	%	%
質問 12 「精神症状により検査/治療を受けることを回避または拒否する」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.39 (0.69)	0	0.5	10.4	39.2	49.9
質問 5 「がん治療に求められるセルフケアや内服の管理ができない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.28 (0.74)	0.2	1.7	9.5	47.7	40.9
質問 9 「こだわりが強く、治療の受け入れや入院などの環境変化への適応が難しい」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.27 (0.69)	0	1.1	10.4	48.7	39.8
質問 13 「体調の変化に気づいたり、不調に際して相談にのってくれたり、サポートしてくれる人が身の回りにいない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.27 (0.67)	0	0.9	9.5	51.3	38.2
質問 3 「体の健康に対する知識や関心の乏しさのため、適切に受療できない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.26 (0.70)	0.2	1.4	9.5	50.5	38.4
質問 20 「経済的問題等により、検査/治療/入院をためらう、または制限される」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.24 (0.75)	0	2.3	12.1	45.3	40.2
質問 4 「がんの治療中に困難があった際に自ら適切な相談ができない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.20 (0.69)	0.2	1.2	11.5	52.8	34.3
質問 11 「がんの身体症状や治療上の有害事象について、適切に訴えられない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.19 (0.68)	0	1.1	12.3	53	33.6
質問 14 「精神障害を有する患者の家族が、がんの検査・治療に対して消極的である」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.19 (0.79)	0.3	2.3	13.4	46.6	37.4
質問 6 「飲酒や喫煙、運動不足や不健康な食生活などががんリスクとなる生活習慣の問題がある」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.19 (0.73)	0.2	1.5	13.5	49	35.8
質問 8 「コミュニケーションの障害のため、自身の症状や治療等で希望することを適切に伝えられない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.16 (0.74)	0	2.5	13.1	50.8	33.6

質問 16 「精神障害を有する患者の家族が、患者の身体的健康に対して関心が低い/理解が十分ではない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.14 (0.79)	0	2.3	14.9	50.5	32.2
質問 10 「精神症状や治療薬の影響で、自身の身体症状に気づきにくい」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.14 (0.73)	0.2	2	14.1	51.6	32.1
質問 7 「環境の変化が苦手な、普段かかっている病院の受診が難しい」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.11 (0.76)	0.2	2.6	15.5	49.9	31.8
質問 1 「がんの病状や必要な検査/治療の理解ができない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.09 (0.88)	1.2	4.9	12.4	46.2	35.2
質問 15 「精神障害を有する患者の家族が、家族自身の問題や患者との関係性、患者の精神状態を理由に、付き添いや意思決定などの支援が難しい」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.09 (0.75)	0	2.3	16.9	50.4	30.4
質問 17 「精神障害を有するがん患者にとって適切な医療福祉サービスがない、またはあったとしても上手く利用できない」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.08 (0.71)	0	1.5	16.7	53.9	27.8
質問 2 「がん検診の意義について理解が不十分、またはがん検診受診動機が低い」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.07 (0.88)	1.7	4	13.2	47.5	33.6
質問 18 「移動手段の利用に制約があり、受診が難しい」ことは、がんの治療・予後に影響する	4.05 (0.79)	0	3.4	18.7	47.5	30.4
質問 19 「市からのがん検診の案内以外に、職場での検診など定期的ながん検診を勧められる機会がない」ことは、がんの治療・予後に影響する	3.96 (0.82)	0.8	2.9	22.3	47.6	26.4
質問 21 「健康に関する情報が届きにくい」ことは、がんの治療・予後に影響する	3.93 (0.80)	0.2	3.5	24.4	47.3	24.6

〈がん医療従事者の回答を精神科常勤医の有無、リエゾンチームの有無で層別して解析〉

表 9. がん医療従事者の態度・スキル/がん医療者と精神医療者の連携 (N=364)

	常勤医なし 常勤医あり 常勤医あり リエゾンなし リエゾンなし リエゾンあり		
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
問 2-7 精神障害を有する患者の意思決定能力の評価が難しい	3.46 (1.09)	3.19 (1.03)	3.18 (0.99)
問 2-9 精神障害を有する患者の治療に対する意向が家族と異なる場合の意思決定支援が難しい	3.38 (1.11)	3.18 (1.00)	3.10 (1.07)
問 2-12 がんの検査/治療に必要な、安静保持、服薬管理、副作用の報告、セルフケア等が可能かどうかの評価が難しい	3.30 (1.04)	3.00 (0.96)	3.01 (1.05)
問 2-14 精神障害を有する患者は、精神症状により身体症状の訴えが修飾される、または訴えが少ないことで、身体症状や苦痛の評価が難しい	3.25 (1.05)	3.05 (1.01)	2.97 (1.01)
問 2-5 精神障害を有する患者の理解度を確認しながら、がんの診断や治療について説明することが難しい	3.35 (1.06)	2.91 (0.76)	2.93 (1.02)
問 2-13 がんの検査/治療中に精神症状が悪化した場合の対応が難しい	3.37 (1.09)	3.14 (1.04)	2.82 (1.03)
問 2-8 予後・QOL の改善が見込まれる治療を精神症状のために拒否する患者への対応が難しい	3.26 (1.20)	2.93 (1.18)	2.83 (1.00)
問 2-18 精神障害を有する患者のがんの治療継続や生活を支援するサービスに関する知識が不足しており、紹介や導入が難しい	3.36 (1.09)	2.88 (1.04)	2.74 (1.18)
問 2-11 精神障害を有する患者の意思決定を支援/代理するキーパーソンの確保が難しい	3.04 (1.15)	2.70 (1.05)	2.73 (1.04)
問 2-10 精神障害を有する患者は、検査/治療に対する意向が変動することがあり、意思決定支援および検査/治療の実施が難しい	2.97 (1.18)	2.77 (0.87)	2.72 (0.97)

問 2-3 精神症状のために、精神障害を有する患者との信頼関係の構築が難しい	3.08 (1.06)	2.79 (0.86)	2.64 (1.00)
問 2-19 精神症状が現在問題となっている患者を受け入れる際に、事前の相談や必要な情報の共有が難しい	3.29 (1.02)	2.75 (1.14)	2.58 (1.09)
問 2-4 精神障害を有する患者とのコミュニケーションはより時間を要するため、その時間を確保することが難しい	3.04 (1.21)	2.77 (1.12)	2.65 (1.06)
問 2-23 精神科医療機関、がん拠点病院間での入院患者の往診が難しい	3.11 (1.38)	2.98 (1.23)	2.38 (1.26)
問 2-6 患者の精神症状をさらに悪化させるのではないかと懸念のため、がんの診断や治療について説明することが難しい	2.92 (1.22)	2.42 (1.03)	2.55 (0.96)
問 2-16 がん治療によって向精神薬の変更、調整が必要になった際の対応が難しい	3.00 (1.27)	2.75 (1.15)	2.40 (1.07)
問 2-17 精神障害を有する患者のがん診療にあたり、かかりつけ精神科医療/福祉との情報共有や連携が難しい	3.12 (1.16)	2.68 (1.09)	2.35 (1.08)
問 2-20 がん拠点病院内の精神科医療従事者とがん治療医の診療に必要な連携が十分ではない	3.55 (1.13)	2.37 (1.17)	2.05 (1.12)
問 2-21 医療チームのメンバーごとに、精神障害者やそのがん治療に対する認識が異なることでチームとしてまとまった動きをとることが難しい	2.79 (1.17)	2.30 (1.16)	2.09 (0.96)
問 2-1 精神疾患の病名があると診療の受け入れをためらう	2.57 (1.15)	2.28 (1.01)	2.08 (0.99)
問 2-22 精神障害を有するがん患者を専門的な緩和ケア医/チーム/病棟へ紹介する連携が十分ではない	3.32 (1.20)	2.05 (1.20)	1.88 (0.96)
問 2-2 精神疾患の病名があると、患者の身体症状に対して実施すべき検査を逃してしまう/検査が不十分となる	2.45 (1.24)	2.25 (0.97)	2.03 (0.94)
問 2-15 精神障害を有する患者は服用中の向精神薬によって、必要ながん治療が制約される	2.35 (1.20)	1.70 (0.73)	1.89 (0.89)

表 10. 拠点病院要因 (N=364)

	常勤医なし リエゾンなし	常勤医あり リエゾンなし	常勤医あり リエゾンあり
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
問 3-4 精神障害を有するがん患者に対する、リエゾン精神科医/チームによるサポートを提供する体制が整っている	1.58 (0.90)	2.70 (1.15)	3.93 (0.92)
問 3-2 患者相談支援センターや連携室による精神障害を有するがん患者の受け入れ、治療継続のサポートが十分に行われている	2.29 (0.93)	2.95 (0.97)	3.38 (0.87)
問 3-3 精神障害を合併するがん患者の入院に、精神科病床以外の病棟でも十分に対応できる	2.04 (0.97)	2.68 (0.94)	2.94 (0.96)
問 3-1 障害者差別解消法に沿い、精神障害者に対して差別的扱いをしないため/合理的配慮を行うための院内での啓発、研修が十分に行われている	1.78 (0.85)	2.51 (0.98)	2.83 (1.00)

【資料 課題と解決方法への理解を促すための症例集】

ケース①. 精神科治療チームとがん治療チームが、積極的な連携を行った事例
60歳代女性、統合失調症、乳がん

【患者背景】

20歳代で結婚後に統合失調症を発症し、単科精神科病院へ入院。「子供を沢山妊娠している」といった妄想や幻聴も伴ううつ状態と、躁状態を繰り返し、10回以上の入退院を繰り返してきた。病状が落ち着いている時期でも、妊娠妄想は残存し、精神科訪問看護と往診で地域生活を支援している。夫と2人暮らし。

【がんの診療経過】

以前より精神科訪問看護スタッフから乳がん検診を受けるよう勧められていたが、「レントゲン検査はお腹の子供によくない」と拒否していた。病状が落ち着いていた時期に勧奨に応じ、訪問看護スタッフの同伴で乳がん検診を受けた。結果、乳がんの診断で、A総合病院乳腺外科で手術を行う方針になった。がん告知に対する受け入れは良好で、精神症状の変動もなかった。同院を受診した際に、本人は「なんか言いづらくて」と精神科通院歴を外科主治医に伝えていなかったため、かかりつけ精神科医より外科主治医に対して情報提供がなされた。入院前にA総合病院精神科を受診した上で、外科病棟に入院し、精神科リエゾンコンサルテーションによる併診を行う方針となった。入院用のパンフレットを見て「オムツは要るかなあ」「コーヒー飲んじゃいけないかなあ」など理解の問題もあり、その都度訪問スタッフが説明や支援をした。A総合病院の入退院サポートセンターと訪問看護スタッフが事前の情報交換も行った。

入院後は、リエゾン精神科医が精神症状のモニタリングを行った。やや気分が高揚し、多弁になる様子があったが、それ以上精神症状の悪化はなく手術を終えた。入院中にA総合病院の乳腺外科、精神科、病棟スタッフ、訪問看護スタッフとかかりつけ精神科医が参加して退院支援会議を開催した。退院後も創部に対してテープ交換などを行う必要があったため、訪問看護スタッフが交換方法などの具体的な申し送りを受けた。また術後化学療法を通院で行うにあたり、これまで行っている訪問看護での服薬管理に組み込み、外科的な通院に関しても指導・サポートを行っていくように精神科の治療計画に組み込んだ。

2週間の入院期間で自宅に退院し、通院での術後化学療法も問題なく継続できた。がんの治療を続けていく中で日常生活の見守りを増やし、セルフケアを向上・維持する必要があると判断され、ヘルパー導入のため障害支援区分認定を新たに行った。

【本症例のポイント】

- ・ 精神科治療チーム（かかりつけ医、訪問看護）とがん治療チームが、治療開始前から十分な情報交換・連携を行った
- ・ 精神科治療計画にがん治療の支援も組み込んだ

ケース②. 患者の特性を評価し、配慮したケアを一般病棟で提供した事例
40歳代女性、自閉スペクトラム症、統合失調症の疑い、卵巣腫瘍

【患者背景】

20歳頃より精神状態が不安定となり、30代前半から自宅に引きこもるようになった。元来越えが強く、強迫的。X-2年頃より腹部の膨隆が生じていたが、「いつかは小さくなる」と思って放置していた。またこの頃より長時間念仏を唱える、決まったものしか食べないなどこだわりや奇異な言動が強まっていた。両親と3人暮らし。

【がんの診療経過】

X年に入り、顕著に腹部が膨隆してきたため、食事量の低下、息苦しさが生じていた。家族が病院受診を勧めていたが拒否していた。奇異な言動も続き、体調を心配した家族に伴われA精神科病院を受診し、医療保護入院となった。当日は食事も取らずに座禅を組んで念仏を唱え続けて会話が成立しなかったが、翌日には落ち着いて会話が可能になった。腹部CTで巨大な卵巣腫瘍、胸水が確認され、近隣のB総合病院（精神科常勤医なし）を受診した。精神症状があるため入院対応が困難とされ、精神科病棟のあるC総合病院婦人科に紹介となり、精神科医と受け入れの協議がなされた。C総合病院の精神科医がA精神科病院へ往診して評価を行った結果、精神科リエゾンコンサルテーションによる併診のもと一般病床で治療可能と判断され、婦人科へ転院となった。

統合失調症様の陽性症状は既に認めていなかったが、こだわりの強さ、コミュニケーションの障害を認めた。そのような特性を基盤として二次的に不安が強くなり、これまで病院受診を回避・拒否してきたと考えられた。そのため入院病棟の看護師や主治医に対して、発達障害特性に配慮した対応について、精神科リエゾンチームからア

ドバイスを行った。具体例としては1週間ごとの予定をボードに記載し、視覚化して見通しを伝えたり、許容できる範囲で本人のペースを尊重したりした。またインフォームドコンセントは家族の同席下で行った。精神科リエゾンチームもインフォームドコンセントの面談に同席し、また継続的に本人家族と面談を行った。結果、侵襲的な検査も含めて必要な検査を実施することができ、卵巣がんの診断で化学療法が開始となり、その後は地元の医療機関で治療継続となった。

【本症例のポイント】

- ・ 入院受け入れ前から精神科医の往診による詳細な評価と事前の情報共有を行った
- ・ 精神科リエゾンチームによる精神障害の特徴に合わせた具体的なアドバイスを行った
- ・ 精神科リエゾンチームによる継続的な本人・家族の評価およびサポートを行った

ケース③. 精神症状が重度で、診断、治療、緩和全てのがん診療場面で困難があった事例 40歳代女性、統合失調症、乳がん

【患者背景】

20代後半に幻覚妄想状態で発症。病識が乏しく、数年に1度の頻度で治療中断による再発と入退院を繰り返している。X-1年4月に退院したが、まもなく訪問看護も拒否し、服薬も不規則となり、幻覚妄想が慢性化した状態で過ごしていた。X年8月に精神運動興奮状態が激しくなり、精神科単科病院に医療保護入院した。

【がんの診療経過】

入院後しばらくして、右乳房から出血、膿の流出があることに看護師が気づいた。触診でゴリゴリとしたしこりもあり、A総合病院外科を受診した。乳がんの可能性を指摘されたが、針生検を興奮して拒否された。さらなる精査のために精神科病棟のあるB総合病院乳腺外科および精神科に紹介となり、精神科病棟へ医療保護入院で転院した。入院後、かろうじて腫瘍部の生検に応じ、結果は悪性だった。がん治療医、精神科チームのスタッフで臨床倫理の4分割法で、本人の同意能力・治療方針の検討を事前に行った。合同で本人と夫に告知したが、本人は「がんじゃない」と訴えた。一時的に興奮したものの、最終的に抗がん剤の治療のみに同意され、家族の付き添いの協力を得ながら精神科病棟でがん治療チームによる化学療法を実施後、紹介元に転院した。しかし腫瘍部からの出血と感染を繰り返し、輸血のため頻回にB総合病院精神科と紹介元の精神科病院への転入院を繰り返し自宅退院が困難であった。本人は手術を拒否するものの、救命および自宅退院のためには手術の他にないと判断され、家族の同意で手術療法を実施することになった。本人の同意を得ることは出来なかったが、本人の思いを傾聴した上で繰り返し治療の必要性を説明していたこともあってか、手術に対しては協力的で、必要な安静も保つことが出来た。結果、術後に身体的にも精神的にも安定して、自宅退院が出来た。

しかしまもなく骨転移による病的骨折と疼痛が出現し、ベストサポータティブケアの方針となった。在宅でのケアは困難で、緩和ケア病棟や一般病院からは「精神症状に対応できない」と受け入れを断られ、本人・家族も元の精神科病院での療養継続を希望した。同病院ではオピオイドの管理が困難であり、疼痛は同病院でも継続可能なトラマドールで管理された。診断から17ヶ月後に精神科病院で死亡した。

【本症例のポイント】

- ・ がん治療チーム、精神科入院治療チームによる臨床倫理の四原則に沿った治療方針の検討を行った
- ・ 精神科医が不在、精神科病棟がないなどの理由で、活発な精神症状がある患者に対してがんの検査、積極的治療、支持療法や終末期医療を提供可能な環境が限られている
- ・ 精神科病院では設備や医療者の知識の問題により提供可能な支持・緩和療法は限られている

ケース④. 精神症状や治療同意能力の評価を精神科チームがサポートして治療導入した事例 50歳代男性、統合失調症、腎がん

【患者背景】

高校中退後に引きこもり状態が続き、20代後半で統合失調症と診断され精神科クリニック通院を継続している。幻聴や体感幻覚は慢性化し、自分のペースを乱されることに対して易怒性や爆発性などを示すことが時にあるが精神科入院歴はなく、精神科訪問看護の支援で安定していた。糖尿病の既往があるが、治療アドヒアランスが悪くコントロールが不良だった。

【がんの診療経過】

X年初頭より倦怠感を訴えることが増え、かかりつけ精神科クリニックから紹介されたA精神科病院に入院した。入院時検査で著明な貧血と発熱を認め、入院翌日にB総合病院（精神科病棟なし）に転院した。精査の結果、右

腎に巨大腫瘍を認め、腎細胞がんが疑われた。貧血と発熱については慢性炎症による貧血と腫瘍熱によるものが考えられた。本人が検査内容を理解することが不十分なまま検査を進める中で興奮状態となり、入院治療継続は困難と判断され自宅退院となった。治療の見通しが無くなり困った両親がかかりつけ精神科クリニックに相談し、精神科病棟を有するC総合病院精神科へ紹介されて医療保護入院となった。慢性化した幻覚妄想を認めたが、情動は落ち着いており本人の理解やペースに配慮して説明を行うことで、泌尿器科併診による精査は問題なく行うことが出来た。泌尿器科によって手術適応があると判断されたが、同意能力の問題、必要な治療の受け入れの問題、術後のアドヒアランスやセルフケアの問題に対する懸念がもたれた。そのため精神科医が精神症状の評価を行い、倦怠感を取り除くための治療を本人は希望しており、手術への同意および受け入れには問題がないこと、がんの説明の際には不安を強めないように言葉に配慮することを共有した。泌尿器科医と合同でICを行って、腹腔鏡下右腎摘出術を行った。精神科病棟チームが協力し、患者に分かりやすい説明を心がけることで周術期も特に精神症状の悪化は認めなかった。術後は倦怠感や発熱症状が消失したことへの満足を語り、退院後も泌尿器科へ定期通院を継続できている。

【本症例のポイント】

- ・ がん治療医は、精神疾患の病名があると診療の受け入れが難しいと判断してしまいやすい
- ・ がん治療医は、精神障害を有する患者の理解度を確認しながら、がんの診断や治療について説明することが難しい
- ・ がん治療医は、精神疾患患者のがん治療に対する意思決定能力の評価が難しい
- ・ 精神科医療スタッフによるがん治療を受ける能力や意思決定能力の評価支援を行った
- ・ がん治療医と精神科医が本人の評価を共有し、特性に沿った関わりをすることで、円滑に検査・治療を進めることが出来た

ケース⑤. 精神科入院による構造化されたケアによって積極的がん治療を提供した事例 40歳代女性、重度知的障害、自閉スペクトラム症、子宮体がん

【患者背景】

幼少期より知的障害を指摘され、小学校卒業後に養護学校中等部および高等部を卒業した。障害者支援施設に入所し、後見人がついている。言語でのコミュニケーションが困難で、些細なことで易怒性が強まり他の入所者に対して暴力が見られていた。他者に過干渉で、施設で対応困難になった際には精神科病院に1ヶ月程度入院することを繰り返していた。

【がんの診療経過】

X年6月より持続性の不正性器出血を認めるようになり、A産婦人科病院を受診した。子宮内膜不整と内膜細胞診class IVであり悪性腫瘍が疑われた。精神疾患の併存があるため精神科病棟を有するB総合病院産婦人科を紹介受診し、子宮体がんIA期と診断された。精神科と産婦人科で協議し、一般の病棟では対応が困難と評価し、精神科病棟へ入院して子宮体がんの治療を行うこととなった。入院に際して、事前に施設職員から本人のこだわりや行動のパターン（例：食器の配置が異なるとご飯を食べない、本人が過干渉になりやすい対象）について聴取し、本人のペースを崩さないような対応を心がけることで入院後は検査、診察、内診などにも協力的だった。混乱や不安を煽らないようがんの病名は伝えず、本人の知的能力にあわせたわかりやすい治療説明とし、施設職員、精神科医の同席のもとで「出血を止めるための治療をします」「寝ている間に治療は終わります」と産婦人科医より説明がなされた。術後は、本人専用のコミュニケーションカードを用いたことで疼痛の評価も問題なく行えた。一方で、他患に突然抱きつく、個室を覗いて侵入するなど、やはり一般病棟での管理は困難であった。

X+1年3月に膣断端再発が疑われ、同年5月に再度B総合病院精神科に入院して追加放射線療法を開始した。事前に照射室の見学を行い、1日のスケジュールを視覚化して明確に示すなどして本人の不安軽減に努め、30回の照射は問題なく終了した。一方で他患への過干渉はエスカレートしたため、隔離処遇や濃厚な精神科ケアも必要だった。退院後はB総合病院産婦人科に定期通院できている。

【本症例のポイント】

- ・ がんを有する精神障害者の中には、精神科病棟でしかがんの治療が行えない患者もいる（精神科病棟の環境下であれば、がん治療を受けられる精神障害者もいる）
- ・ コミュニケーションに困難がある場合は、疼痛評価方法の工夫が必要
- ・ 精神症状悪化の懸念から、がんの告知が出来ていない