XIII 緩和医療における精神腫瘍学の実践経験

岡部 伸 幸

岡山大学医学部・歯学部附属病院 精神科神経科

キーワード：精神腫瘍学 (psycho-oncology), 緩和医療 (palliative medicine), 気持のつらさ (distress), せん妄 (delirium), コミュニケーション技術 (communication skill)

Experiences in the practice of psycho-oncology as palliative medicine

Nobuyuki Okabe

Department of Neuropsychiatry, Okayama University Hospital

はじめに

精神腫瘍学（サイコオンコロジー）とは1980年代に確立した学問分野で、がん患者と家族の心理、社会、行動的側面などの研究、臨床実践、教育を行う、身体医学、精神医学、神経免疫学、社会学、心理学、行動科学などにまたがる幅広い領域を有する学問である¹⁾。日本においては1986年に設立された日本サイコオンコロジー学会を中心に、研究、臨床交流が積み重ねられてきた。日本サイコオンコロジー学会によると精神腫瘍学の目的は「がんが、がん患者やご家族、スタッフの精神面に与える影響についての検討」「精神的・心理的因子ががんに与える影響についての検討」の2つであるという。

筆者は岡山県がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームのなかで精神症状の緩和に携わる医師として勤務している。日々の臨床のなかでは精神的因子ががんに与える影響についての研究・検討にまではなかなか及ばず、がん患者と家族、スタッフの心理面への影響が治療の推進にプラスに働くようにと念じ、臨床実践と教育に従事する毎日である。今後さらに緩和医療が推進される中で臨床経験が蓄積され研究が進んでいくものと期待される。

本稿においては、がん診療における心身医療の実際

は成書を参考して頂くこととし現在進められているがん対策基本法に基づく緩和医療の実際と、精神腫瘍学に基づいて精神科医・心療内科医が担当すべきがん患者の心理的・精神的問題について紹介する。

がん対策基本法と緩和医療の推進

今日のがん医療について考える時に、2007年4月1日に施行されたがん対策基本法によって起きた変化を抜きには語れない。この法律には、「がん対策推進基本計画の策定」「がんの予防及び早期発見の推進」「がん医療の均てん化の促進」「研究の推進」「がん対策推進協議会の設置」などがうたわれている。このうち「がん医療の均てん化」の中に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」とその実施のために「すべてのがん診療に携わる医師に緩和ケアの基本的な研修を実施」することが要求されている。

緩和ケアは、以前は「ターミナルケア」と表現されがん治療末期の身体治療が期待できなくなった時期に行われるケアとの認識もあったと思われるが、今はがんと診断された初期から身体治療と並行して行われる。すなわち緩和ケアには経時的に、診断を受けた段階での問題、がんの治療を受ける段階での問題、再発・進行期での問題、終末期に見られる問題などが挙げられ、がんの診断を受けた時から緩和ケアは始まると考えられる。途中がんの治療においては、手術、放射線療法、化学療法それぞれの治療に固有の副作用等の問題が考えられる²⁾。また Hollandによるとがん患者のストレスとして死、家族や医師への依存、人生目標の中断、人間関係の途絶、容姿の変貌、倦怠・臭い・痛み

などの不快感が挙げられている³⁾。すなわちがん治療は成功してのがんの寛解・治癒か、がんによる死かの結果で評価されるだけではなく、がん治療はその経過において様々な心理的・精神的ストレスをがん患者、家族へ与えるものという認識に立ってその経過に沿って最適な緩和ケアが提供されるべきなのである。

緩和ケアにおいて精神腫瘍医が担うべきこと

筆者は2008年9月に実施された精神腫瘍学の基本教育に関する指導者講習会に出席する機会を得た。そこでの経験をもとに緩和ケアにおいて精神腫瘍医の臨床が必要とされる場面を紹介する。以下の記述においては、「精神腫瘍学の基本教育に関する指導医研修会参加者ハンドブック」(<http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/peace/handbook.pdf>)を参照にした。

緩和ケアの従事する医師が研修する項目として下記の項目が挙げられている。がん性疼痛、オピオイドの処方、レスキューの使い方、がん患者の療養場所の選択及び地域連携、在宅における緩和ケア、呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア、不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア、がん医療におけるコミュニケーション技術などである。

この内、精神腫瘍医が主に担当するのは不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状、がん医療における特に悪いニュースを伝えるときのコミュニケーション技術である。精神症状については実際に患者を診察し、症状を評価し治療を行うだけでなく、他の医療スタッフを教育し精神科医に実際にコンサルトする必要がある初期の段階で他のスタッフによる介入を進めることも必要である。またコミュニケーション技術においてはさらに精神科医が実際に担当するのではなく、普段患者に接しているスタッフへの教育が必要である。以下に順に実践を説明する。

1. 気持のつらさ

不安、抑うつについては、「気持のつらさ(distress)」という表現でまとめられている。適応障害、不安障害、うつ病といった診断の確定する精神疾患の合併としてとらえるのではなくがん治療に避けられず伴う心理的・精神的影響として評価する。具体的には、まず「お気持ちをつらくさせているのはどういったことですか」といったオープンクエスチョンで心配の内容を尋ね、がん治療に伴うさまざまな心理的影響の把握を図り共有し共感を表明する。その上で精神科医のケ

アの必要な気持ちのつらさかどうかの評価を行う。うつ病の中核症状である「気持ちの落ち込み」「喜びの喪失」の2項目を尋ねいずれかに当てはまる場合にはケアが必要と判断し精神科医へのコンサルトを行う。この2項目について患者に尋ねようとすると精神科以外のスタッフでは不慣れでスムーズな会話の流れの中での質問とはなりにくい。そのため図1に示すような「つらさと支障の寒暖計」が考案されている。適応障害もしくはうつ病と、精神医学的な診断がつかない症例を区別するためのカットオフ値は、つらさの点数が4点以上、かつ支障の点数が3点以上で、感度0.82、特異度0.82であると報告されている⁴⁾。もう1点、必ず確認しておかねばならないのが希死念慮の有無である。以上のように、うつ症状の中核症状の2項目いずれかに当てはまる場合、つらさと支障の寒暖計でカットオフ値を超えた場合、希死念慮を認めた場合には精神科へのコンサルトを求めることになる。それ以外の場合でも精神的ケアが不要なわけではなく、前述のようにがん治療に伴って各治療場面で特異的に現れる気持ちのつらさがありその患者の苦しみを聴き共有し、共感を表明することが必須である。したがって対応としては、第1段階としては脱毛に対するかつらの使用や薬物の副作用に対する対応などの気持ちのつらさの原因への対応、向精神薬が必要ならばベンゾジアゼピン系抗不安薬、第2段階としてはSSRI・SNRIの抗うつ薬の使用、第3段階では他の抗うつ薬や向精神薬の使用になる。どの段階から精神科にコンサルトするかは前述の原則はあるが各医療機関の現状によるであろう。

一方、精神科医へのコンサルトが必要と判断された場合でも患者がすぐに精神科の受診に同意しないこともある。また医療スタッフ自身が精神科受診に対する

つらさ $\geq$ 4点 かつ 支障 $\geq$ 3点の場合、ケアが必要である可能性が高い

図1 つらさと支障の寒暖計

不安、拒絶感を持ち患者に勧められないこともある。したがってまず、医療スタッフから「気持ちのつらさを専門に診ている医師」の診察を受ける必要があると考えていることを伝えてもらう必要がある。その上で患者が拒否した場合にはその理由を尋ねてみて精神科受診に対する、例えば重い精神病の患者が受診するところで自身が精神病とみられているのではないかといった誤解があればそれを訂正する。それでも精神科受診を拒否する場合は無理強いせずいつでも受診できることを伝え、スタッフは精神科医とカンファレンスを持つなど間接的にサポートを受ける必要がある。精神科医も患者本人の受診がないため経済的な報酬の問題も生じるができるだけ電話等でのコンサルト、カンファレンスへの参加などの医療スタッフへのサポートを行うべきである。

2. せん妄

次にせん妄であるが、総合病院に長く勤務してきた筆者の経験からしても他科の医療スタッフにまず正しい知識をもってもらうことが必要であると痛感している。せん妄は、認知症や、精神病に伴う症状ではなく、薬物・身体的要因による意識障害であることをまず知ってもらう必要がある。これは院内での研修会の開催などが効果的であろうが、がん診療にかかわらず、普段のリエゾン・コンサルテーション活動においてせん妄の患者を診察した際にその科のスタッフに繰り返しきちんと説明して伝えることで可能となる。

がん患者のせん妄で特徴的なこととして、①オピオイド、睡眠薬、抗不安薬が使用されていることが多く薬剤を原因とするものが多い、②身体状況も変化が連続的で安定しないことが多く全身状態によるせん妄の出現も多い、③終末期がん患者の30～40%にせん妄が合併すると報告されており死亡直前においては患者の90%がせん妄の状態にあるといわれる、ことなどがあげられる。したがってがん患者のせん妄の治療においては、まずせん妄の出現を医療スタッフが早期に把握し、その原因を探ってせん妄の原因への対応を図ることが必要である。治療としては第1段階ではやはり薬物の変更や電解質異常などの身体的原因への治療、抗精神病薬はまず頓用で使用し必要量、頻度を把握する。第2段階では抗精神病薬の定期投与が必要となる。それでも治療困難なせん妄は、回復可能なせん妄か、終末期で不可逆的なせん妄かの評価が必要になる。不可逆的なせん妄では、原則的にはせん妄を悪化させる可

能性があるとして使用を控えるベンゾジアゼピン系抗不安薬や睡眠薬を使用して患者の苦痛を除く必要がある。

またせん妄の治療では、照明の調整、日付・時間の手がかり、家族の来院や自宅で使用しているものなど親しみやすい環境などの環境介入が重要である。他にも普段、眼鏡や補聴器を使用していた患者では積極的にその使用を勧めてコミュニケーションを図ることも必要である。環境を整備する上では危険を回避するようなケアも必要である。点滴ルートや時間の工夫、障害物・危険物の除去などが行われる。患者本人はせん妄に対して記憶がなく病識がないことが多い。したがってせん妄の姿を見た家族との間で互いに不安になったり言い争いになったりすることも珍しくない。家族に対する説明をし、その不安を取り除くことも患者へのネガティブな心理的影響を防ぐ上で重要である。

3. コミュニケーションスキル

コミュニケーションスキルが問題となるのは悪いニュースを伝えるときである。悪いニュースを具体的に述べると「難治がんの診断」「がんの再発・進行」「積極的抗がん治療の中止」である。この中でも特に「がんの再発・進行」の知らせが一番精神的ストレスになると言われている。しかしこの悪いニュースを伝えるコミュニケーションスキルの前提になるのは通常の診療における基本的なコミュニケーションである。

基本的なコミュニケーションでは

- ・目や顔を見る
- ・視線は同じ高さに保つ
- ・患者に話すよう促す
- ・相槌を打つ
- ・患者の言葉を自分の言葉で反復する
- ・患者の話を遮らない

といったことがあげられる。列挙すれば当たり前のことではあるが普段の多忙な日常診療の中で今一度自覚する必要がある。

こうした当たり前のことを行う中で、相手の言葉の中から会話の間を大事にして、患者の次の発言を待ち、その間の中で相手のことを想像することが重要である。どのようなことを不安に感じているのか、不安に感じた時に自宅でどのように過ごしているのか、何か対処法を持っているか、想像することはいくらでもある。そして患者の言葉をそのまま繰り返し用いて患者の気持ちを話し、共感していることを伝える。例えば

「『もうだめなんだなあ』と、そんな気がするんですね」といった話しかけである。その上で患者のがんに対する不安に対しては、専門家として事実に基づいた情報を提供する。その際に専門用語ではなく患者にわかりやすい言葉を用いることが必要である。

こうして通常の診療において十分なコミュニケーションをとっている上で悪い知らせを伝える。その際コミュニケーションツールとして北米を中心に研究・実践され日本にも導入されてきた SPIKES (<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/palliative.html> を参照) がある。以下に簡単に紹介する。

Setting=面談のための環境設定をする

understand patients' Perception=患者の病気を理解を把握する

obtain patients' Invitation=患者に聞いてもらう

provide Knowledge=知識を提供する

have and show Empathy=共感を示す

suggest Strategy=今後のがんと戦いの戦略を提示する

以上の6段階のプロトコールからなっている。

また日本サイコロジ学会では SHARE を紹介している⁵⁾。

Supportive Environment=支持的な環境を設定する

How to deliver the bad news=悪い知らせを伝える

Additional information=付加的な情報を提供する

Reassurance and Emotional support=安心感と情緒的サポートを提供する

の4つの観点から悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに必要な基本的姿勢を確認できる。

それぞれのコミュニケーションスキルの実際は成書に譲るが、いずれにせよ悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは普段の診療において十分患者の気持ちへの想像、共有、共感を重ねた上に、さらに配慮を必要とする事態である。しかしこの悪い知らせのコミュニケーション場面が日常のがん診療の中であまりにも多く、一つ一つに腫瘍治療医が十分な準備をする余裕もないと思われる。せめて日常の診療のコミュニケーションの見直しから始め、悪い知らせの際には必要があれば精神科医も協力をして SPIKES, SHARE を

実践し、新しいコミュニケーションの常識が病院によって差がないようにがん患者みなに提供される必要がある。

おわりに

精神腫瘍学の主にその目的を紹介し、現在臨床で実践され必要とされているがん患者の緩和ケアにおいての精神腫瘍学のかかわりを述べた。がん患者の緩和ケアの中でもとりわけ「気持ちのつらさ」「せん妄」「コミュニケーションスキル」において精神腫瘍学の経験が必要とされている。厚労省は2011年度までに全国のがん診療にかかわっているすべての医師に緩和ケア研修を実施する計画を立てている。今や精神腫瘍学は総合病院に勤務する精神科医の必修知識であり、以前から精神科医が得意としてきたリエゾン・コンサルテーション技術、チーム医療の経験を生かし、身体治療医や看護スタッフ、コメディカルスタッフとチームを組んで緩和医療ががん医療のすべての場で提供されるよう願っている。

そして緩和ケアが当たり前のがん医療となる中で、臨床から得られる知見によって「がんが、がん患者やご家族、スタッフの精神面に与える影響についての検討」だけでなく「精神的・心理的因子ががんに与える影響についての検討」がなされていかねばならない。

文 献

- 1) 筒井末春, 波多野美佳, 小池眞規子: がん患者の心身医療, 筒井末春編, 新興医学出版社, 東京 (1999) p6.
- 2) 筒井末春, 波多野美佳, 小池眞規子: がん患者の心身医療, 筒井末春編, 新興医学出版社, 東京 (1999) pp33-37.
- 3) 筒井末春, 波多野美佳, 小池眞規子: がん患者の心身医療, 筒井末春編, 新興医学出版社, 東京 (1999) pp16-17.
- 4) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y: 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, 91-99.
- 5) 内富庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか, 内富庸介, 藤森麻衣子編, 医学書院, 東京 (2007) pp11-22, 巻末資料.