

特集：心身症治療最前線－近畿大学医学部心療内科

## 心療内科医による緩和ケア

酒井清裕<sup>1, 2)</sup> (SAKAI, Kiyohiro)<sup>1, 2)</sup>  
牧村ちひろ<sup>1)</sup> (MAKIMURA, Chihiro)<sup>1)</sup>  
松岡弘道<sup>1)</sup> (MATSUOKA, Hiromichi)<sup>1)</sup>  
小山敦子<sup>1)</sup> (KOYAMA, Atsuko)<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 近畿大学医学部附属病院心療内科

<sup>2)</sup> 耳原総合病院総合診療科

### 要 約

がん対策基本法、がん対策推進基本計画といった政策、緩和ケア診療加算、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者カウンセリング料などの診療報酬などの効果もあり、緩和ケアは医療分野において市民権を得るようになってきた。がん患者においては、がんの進行に伴い出現する切迫した身体症状に焦点が当てられることが多く、実際の医療現場では患者の精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルな苦痛や、家族への精神的支援は充分とは言えない状態である。近畿大学では身体疾患を扱う内科である心療内科医が、緩和ケア診療に当たっており、がん患者の抱える全人的苦痛に対して心身両面からアプローチを行っている。強い苦痛を伴う進行がんや終末期医療において、身体症状・精神症状を同時に扱いながら診療を行うことは患者やそれを支える家族の負担の軽減につながると考えている。今回はがん患者における心療内科医の関わり方に関して述べたいと思う。

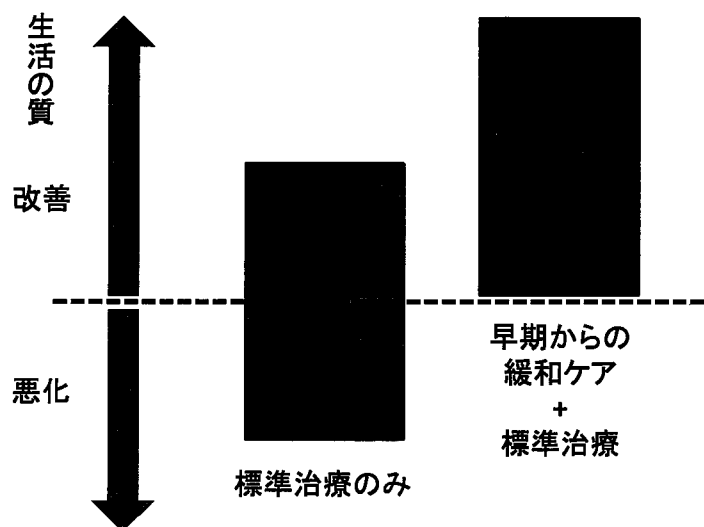
Key words : 心療内科、緩和ケア、心身医学、サイコオンコロジー、バーンアウト

### I. 緩和ケアの定義：2002年にWHO（世界保健機関）が提唱

緩和ケアとは生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族の Quality of Life（以降 QOL）を改善する取り組みである。

## II. 緩和ケアの目標

がん治療においては、治癒や予後の延長と QOL の向上を目標として診療を行う。緩和ケアの目標は QOL の向上であるが、がん診断後早期に緩和ケア介入を行った場合には予後に良い影響があるという報告もある。<sup>1)</sup> (図 1)

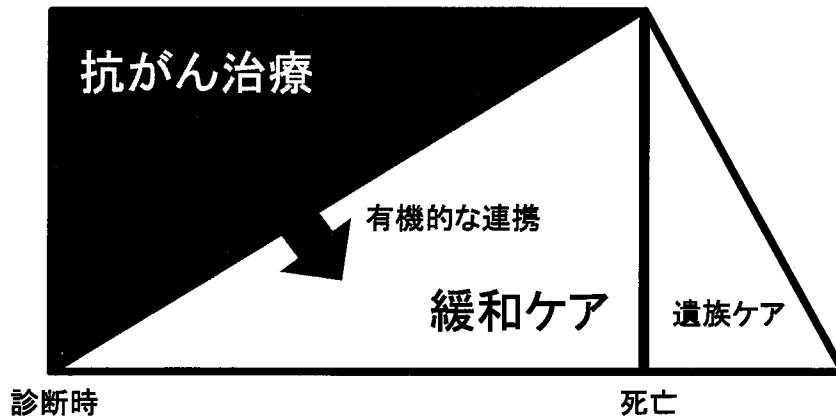


N Engl J Med. 363: 733-742 (2010)より改変

図 1. 早期からの緩和ケアの有効性

2007年4月「がん対策基本法」(以下、基本法)が施行され、それに基づいて「がん対策推進基本計画」(以下、基本計画)が策定された。基本法と基本計画が目指すところは、第1に「質の高い医療の均てん化」であり、第2に「がん医療の新しいモデル=抗がん治療に緩和ケアを組み入れた包括的がん医療の実践」である。

緩和ケア医は決してがん治療医と別の目標を掲げているわけではなく、両者の目標は一致しており、互いに補い合う包括的がん医療モデル (Comprehensive cancer care) (図 2)の一翼を担うものである。包括的がん医療モデルはアメリカやイギリスで1990年代から新たながん医療の在り方として検討され、論議されてきたものである。2つの特徴があり、1つ目は一次予防から診断、治療、緩和ケアを系統的な一連の流れとして切れ目のない医療サービスを提供することである。2つ目はがん医療に緩和ケアを統合し、診断、治療において早い時期から患者や家族に提供することで、治癒のみならず、ケアにも目を向けた医療を実践することである。



PEACE project 緩和ケア研修会プレゼンテーション資料より引用改変

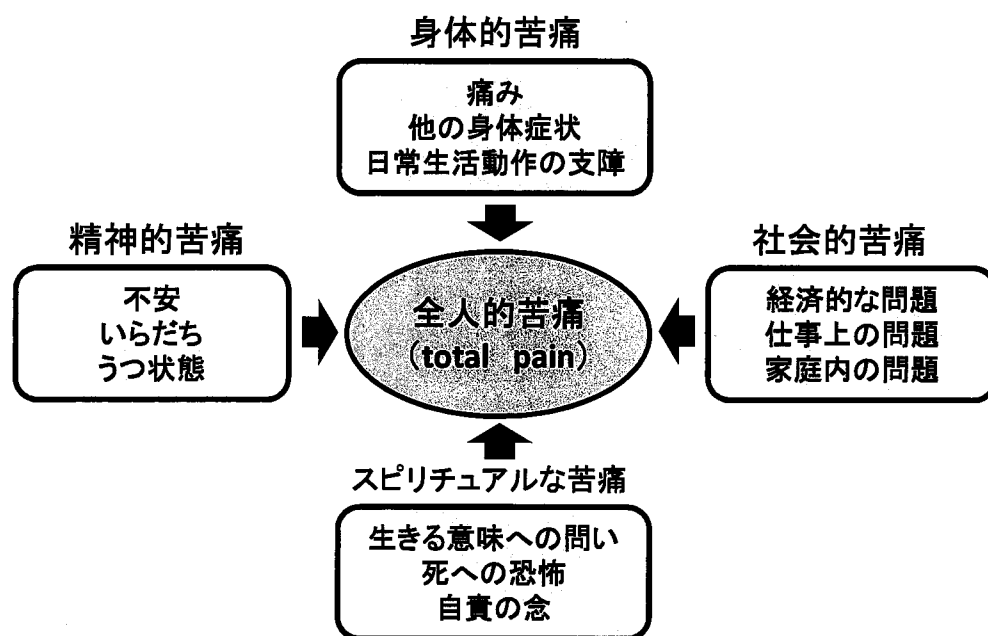
図2. 包括的がん医療モデル

### Ⅲ. 基本的な緩和ケアの普及

日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が共催して「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」、国立がん対策情報センターが主催する「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会」が開催されている。そして、これらの指導者研修会の修了者たちが全国のがん診療連携拠点病院を中心に各地域で「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」（以下、緩和ケア研修会）を開催している。日本緩和医療学会が作成した「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム（PEACE）」<sup>2)</sup>がその大きな原動力となっている。

### Ⅳ. 全人的苦痛 (total pain)

がん患者の苦痛には、「がん疼痛」に代表されるように、つらい身体的苦痛がある。しかし、がん患者の抱える苦痛は身体的苦痛のみではない。抑うつ・不安を代表とする精神的苦痛、仕事上・家庭内・経済的な問題を代表とする社会的苦痛、死への恐怖や生きる意味への問いなどを含むスピリチュアルな苦痛など、「がん」という疾患と関わる過程で、患者には多くの「苦痛」が降りかかる。それらは各々密接に関連し、相互に影響を与えている。緩和ケアでは身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を、患者の抱える「全人的苦痛」（図3）としてとらえ、診療に臨む。



PEACE project 緩和ケア研修会プレゼンテーション資料より引用改変

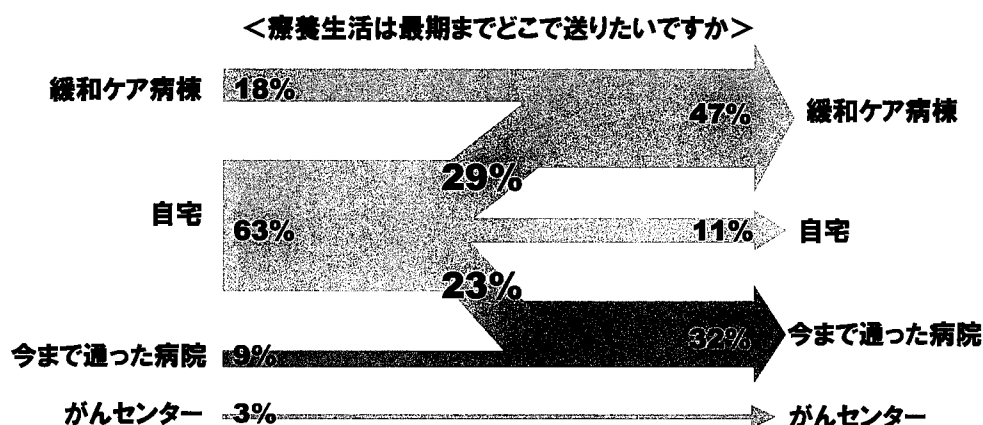
図3. 全人的苦痛 (total pain) Dame Cicely Saunders

## V. 患者の希望する療養の場の変化

2008年に実施された厚生労働省による終末期医療に関する調査<sup>3)</sup>(図4)がある。「あなたが、治る見込みがなく死期が迫っている(余命が半年以下)と告げられた場合、1. あなたはどこで療養したいですか? 2. 最期をどこで迎えたいですか?」という質問に対して、2527名を対象とした調査である。調査の結果からは、病状の進行に伴い療養場所は変化し、終末期には緩和ケア病棟や今まで通った病院での療養を望む割合が約9割に及ぶものであった。ここで示したいこととしては、終末期には緩和ケア病棟などの医療施設での最期を希望する患者が多いということではなく、「希望する療養場所は個人によって異なり、且つ病状の進行により変化していく」ということである。つまりは、「いつでもどこでも切れ目のない緩和ケアが提供できる体制を整備する必要がある」ということである。

2013年5月にも一般国民、医師、看護師、施設介護職員、施設長に対して人生の最終段階における医療に関する意識調査<sup>4)</sup>が行われており、一般国民が希望する療養場所については、居宅を希望する割合は、「末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合」を除けば、10～37%であり、やはり有症状時には医療機関や介護施設での療養を希望する割合が高いといえる。

死期が迫っている(余命が半年以下)と告げられた場合一般集団2,527人(2008年)



PEACE project 緩和ケア研修会プレゼンテーション資料より引用改変

図4. 終末期に希望する療養場所の変化

## VI. 心療内科医による緩和ケア

今までに述べたように、がん患者には身体的苦痛のみならず、精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を含めた「全人的苦痛」が存在する。心療内科医が緩和ケアにおいて、どのように寄与できるのか、その可能性を述べたいと思う。

### 1) 心療内科・心身症の定義

心療内科は内科の一分野であり、心身症を診る専門科として、1996年に標榜が認められた。日本心身医学会によると、心身症の定義は、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害を認められる病態をいう。ただし神経症やうつ病などの他の精神障害に伴う身体症状は除外する」とされている。したがって、心療内科で扱う心身症は、身体疾患を有することが前提となる。心療内科医は患者の身体的苦痛を取り扱う「内科」でありながら、心理社会的背景にも目を向けることで患者を「全人的」に診る。

### 2) 心療内科医ががん患者に対して緩和ケアを行う意義

#### ①身体的苦痛に対して

がん患者には刻一刻と進行する、進行がんとしての身体的症状の管理が重要である。診療の過程では、がん疼痛に対してオピオイドなどの医療用麻薬も取り扱うため、内科医としての知識や経験が必要とされるが、心療内科医は前述したように内科の一分野であるため、適切なトレーニングを行うことで緩和ケアに必要な技術や知識を十分に習得することができる。と考える。

## ②精神的苦痛に対して

後述するサイコオンコロジー (Psycho-Oncology) にも親和性のある一面を持つため、がん患者における心身両面からの診療を行うこともできる。実際、近畿大学では院内のメンタルヘルス科 (精神科) と連携を取りながら、がん患者の精神的ケアを行っている。がん患者の心身の症状を分けずに診療を行うことが可能な面が、心療内科の最大の特徴だと考える。

## ③社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛に対して

がん罹患後、患者にはあらゆる局面で心理社会的背景の変化が訪れる。家族との関係性や就労の場など、社会的側面も大きな変化を生じるため、それらを扱うことを専門とする心療内科医として、がん診療領域でも大きな役割を果たせると考える。

以上のような点から、全人的医療を志す心療内科医は、がん患者の全人的苦痛に対して大きな貢献ができると考える。

## ④医療スタッフに対して

各科臓器別、細分化した専門分野での研究が進む現在、確かに患者の QOL の向上に医療が寄与する手段は増えてきている。しかし、その一方で、増えすぎた治療の選択肢を医療者さえもが扱いきれなくなっている事例もある。それを補うために「チーム医療」を掲げ、多様化した診療の場に臨もうとしても、そのチーム医療のつながり自体を構築するためにもバリアは存在している。医療スタッフには「燃え尽き症候群」が日常と隣合わせに存在しており、その危険性を減らすためにはコミュニケーションスキルトレーニングが有効であるとの報告もある<sup>5)</sup>が、緩和ケア認定看護師の51%がバーンアウトの兆候を示したという報告<sup>6)</sup>もあり、スタッフケアの面においても、今後心療内科が精神科と連携をとりながら果たす役割は大きいと考える。

## ⑤サイコオンコロジーに関して

サイコオンコロジーとは「心」の研究を行う心理学 (サイコロジー = Psychology) と「がん」の研究を行う腫瘍学 (オンコロジー = Oncology) を組み合わせた造語であり、「精神腫瘍学」と訳され、1980年代に確立した新しい学問体系である。サイコオンコロジーを実践する専門医がサイコオンコロジスト (精神腫瘍医) である。サイコオンコロジーには2つの目標があり、1つ目はがんが、がん患者や家族、スタッフの精神面に与える影響についての検討を行うこと、2つ目が精神的・心理的因子が、がんに与える影響についての検討を行うことである。気持ちのつらさ (distress) はがん診療において様々な悪影響をもたらし、がんに対する治療意欲を奪うという報告<sup>7)</sup>や、患者の全般的な QOL の低下<sup>8)</sup>や、入院期間の長期化と関連する<sup>9)</sup>という報告もあり、ケアが必要な気持ちのつらさをとらえ、適切で速やかな対応を行うことが重要である。近畿大学医学部では、心療内科にサイコオンコロジー外来が併設されており、各科との連携をとりながらがん患者の精神的支援を行っている。

## Ⅶ. おわりに

医療は細分化してきた。それに伴い様々な診断・治療技術が生まれてきた。医学的な治療法の変遷は、内科的治療や外科的治療のみならず、心理療法にも当てはまる。社会制度にすら変化は訪れる。その変化の速度に医療者はついていけないのかと疑問に思うことが多々ある。

Francis Peabody は 1927 年の JAMA にこう記述している。「患者に対する看護 (caring) の秘訣は、患者に対する思いやり (CARING) である」<sup>10)</sup>。約 100 年経った今でもいうまでもなく真実であると考ええる。

核家族化が進み、隣に住む世帯とさえつながりが希薄になった現代だからこそ、「がん」という病を前に、将来への不安を抱える患者と家族には全人的医療の介入が必要とされる。心療内科医による全人的医療は、緩和ケアにおいても大きな貢献を果たすと考える。

## 文 献

- 1) Jennifer S. Temel et al. 2010 Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 363: 733-742 改変
- 2) 症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) [<http://www.jspm-peace.jp/>]
- 3) 平成 20 年「終末期医療に関する調査」の結果 (厚生労働省) [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>]
- 4) 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf)
- 5) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. (1996) : Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347 (9003) : 724-8
- 6) 馬場玲子 (2010) : 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因 : *Palliat Care Res* 5 (1) : 127-136
- 7) Colleoni M, Mandata M, Peruzzotti G et al. (2000) : Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356 (9328) : 1326-7
- 8) Grassi L, Indelli M, Marzola M et al. (1996) : Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2 (5) : 300-7
- 9) Prieto JM, Blanch J, Atala J et al. (2002) : Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 20 (7) : 1907-17
- 10) Peabody F.W. (1927) : The care of the patient. *Journal of the American Medical Association.*, 88 : 872-882

