

特 集

がん患者の心理的ケア（サイコオンコロジー）について

獨協医科大学 精神医学

佐伯 吉規 下田 和孝

1. はじめに

厚生労働省の人口動態統計によると、平成14年の主な死因別死亡数の割合として「悪性新生物」は31%に達し¹⁾、全死亡者の3分の1は悪性腫瘍で死亡したことになる。悪性腫瘍がいわば国民病となった現在、一般の報道や刊行物においても、がん患者の余生の過ごし方、すなわち、生命の質（Quality of Life）について広く議論されるようになった。医療の世界でも「終末期患者へのcare」の重要性が叫ばれ、各科医師のみならず、特に看護師や臨床心理士を中心としたコメディカルスタッフも参画した学会や研究会が発足し、臨床の中で活動成果の応用がなされつつある。

内富²⁾によれば諸外国の報告も含め、がんの全病期を通じ10~20%にうつ病を発症し、適応障害を含めると30~40%に何らかの抑うつを生じていることがわかっている。しかしながら、これらの調査結果に対し「がん患者なのだから抑うつに陥るのは当然のことであり、こちらの『care』が必要である」という漠然とした感想のみを医療者は抱いていないだろうか？

精神科医は一般的に臨床を通じて患者が表出する症状の原因をBio（生物学的基盤）—Psycho（心理的内面）—Social（患者を取り巻く社会的問題）という視点から診療にあたっている。これは別にがん患者においても例外ではない。もし、患者の抑うつの因子に生物学的基盤が関与しているのであれば、支持受容的な「care」だけでなく、薬物療法などに代表される「cure」といったより積極的な介入が必要なこともある。

1980年代英語圏を中心にがん患者に対する心理社会的介入を主な目的としたpsycho-oncology（腫瘍精神学）という学問が確立され、本邦でも1986年に日本臨床精神腫瘍学会が発足した。腫瘍精神学はがん患者への心理社会的接近のみならず、がん患者の脳や体内のcytokinesの変動といった生物学的な研究といった領域にまで発展しつつある。

本稿ではがん患者における心理社会的問題および患者に対する接近のありかたについて概説し、さらに先述し

た患者の生物学的変化を含めた最近の話題も含め記すこととした。

尚、進行がん患者のケアに関連して「終末期患者」「臨死患者」という表現を用いられることが多いが、最近では治療技術の発達により、乳がんなど長期に生命を保つことのできる患者もおり、これらのケアも重要なものとなっている。従って上に記した表現はやや相応しくないと考えるが、引用文献の著者および訳者の意向に沿いそのままの表現を使用することとした。また、本文で挙げた症例は患者の個人情報のために一部を改変した。

2. がん患者の抑うつに関する生物学的基盤

前述のように、がん患者の抑うつに対し「がんという重病を患ったのだから悲嘆に陥り、抑うつや不安になるのは当然である」というような了解をしていないだろうか？

Williams³⁾の総説によると、がん患者の抑うつ症状に、多くの研究で抗うつ薬の有効性が示されており、このことは抑うつの原因の一つとして心理社会的要因のみならず特に脳内の神経伝達物質の変調といった生物的要因が相互に関与している可能性を示唆する。一部のがん患者には明らかな身体症状の出現以前にうつ病が先行して生じるといふ、いわゆる「警告うつ病」⁴⁾がしばしば精神科領域でも話題となるが、特に膵臓癌において発症率が高いことは心理社会的要因のみでは説明がつかない。すなわち、患者が表出している抑うつ症状が単なる悲嘆によるものなのか、神経生物学的ないわゆる「うつ病」を合併しているのかということを見極めることが必要である。うつ病の合併を見逃すと、患者の認知は消極的なものとなり、QOLを著しく低下させる恐れがある。

C型肝炎等の治療に用いられるinterferonが時に重篤な抑うつを生じさせることが知られているが、がん患者の抑うつの発症メカニズムにもcytokinesを介した神経免疫が関与していることが明らかになっている。Illmanら⁵⁾はその総説でがん患者における抑うつや疲労などの病的症候群（sickness syndrome）の発症機序を神経免疫および視床下部—下垂体—副腎皮質系との相互関係と

いう視点から一つのモデルを提示した。すなわち、末梢から分泌された cytokines は脳内の serotonin, dopamine, norepinephrine 神経系に影響を与え、「うつ病」を生じさせている可能性である。Musselman ら⁶⁾ はうつ病に罹患したがん患者、うつ病を有さないがん患者、がんを合併していないうつ病患者および健常者の4群43名を対象とした研究において、うつ病に罹患したがん患者群の血清 interleukin-6 の濃度が有意に上昇していることを明らかにし、がん患者におけるうつ病の合併の marker となり得ることを示唆した。

がん患者において、がんにまつわるさまざまなエピソードが後にイメージとして突然惹起される、いわゆる侵入性想起 (フラッシュバック) の生涯有症率は20~44%にみられるといわれる⁷⁾。中野ら⁸⁾ は3次元MRIを用いた画像解析により、がん告知3年以上経過した患者のうち侵入性想起を生じた群は症状を認めなかった群に比べて左海馬の容積が有意に5%減少していることを指摘した。このことは、がんに関するさまざまなストレスがうつ病や外傷後ストレス性障害 (PTSD) と同様に脳の形態的变化を及ぼし、更に心理的ストレス耐性を低下させる要因となっている可能性を示している。各種選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) がうつ病や PTSD による神経細胞の減少を抑止する効果があることが明らかになっており、がん患者の抑うつに対しても薬物療法等の身体的治療を行う意味がここにある。

さらにがん患者は、治療薬としてのステロイド等による薬剤起因性精神障害や辺縁系脳症等さまざまな精神症状を惹起する可能性のある要因が潜在する。がん患者の抑うつに対し、安易に「心因」としての了解にとどまらず、「器質因」としての視点から評価を行う必要があることを改めて強調したい。

3. がん患者における心理社会的側面

現在、臨床の現場では殆どの患者ががんの告知がなされている。だが、例え多くの人々が病名を知ることが望んでいるとはいえ、予後については「もしかしら治るものかもしれない」という希望を持っており、患者の「知りたいが知りたくない」という、いわゆる「両面的」な感情を持っている。しかしながら、医師は(特に社会的役割を担った比較的若い患者に)治療決定の選択の権利の為に、事実を伝えねばならないという現実がある。そしてそれが予後の悪いものであった場合、患者はその事実を否認しつつも、徐々に迫り来るであろう死の影に時におびえるであろう。患者は「なぜ自分だけこのような辛い目にあうのか」と思うかもしれない。オランダにおいては安楽死を希望する理由に、「このまま生きていて

も自分の価値を見いだせない」という意見が46%にみられたという⁹⁾。彼らは自分が死んでも日常は続いていくという孤独感に襲われ、そのことに不安を感じるのである。昨今、自己の存在の消滅に由来する苦痛(例えば「なぜ自分は生まれてきたのか?」「このような病気になったのは何か罪を犯したからか?」「死んだら自己はどうなるのか?」)というような半ば哲学的、宗教的意味合いを含んだスピリチュアルペインへのケアの重要性が叫ばれている。

進行がん患者の心理的苦痛は患者自身のみならず家族や友人・同僚など残された者に対しても同様である。例えば、高校にも入っていない娘たちはどうなるのだろうと想う40代の男性患者、自営業の残務処理が終わらないと言った60代の患者など。

4. 進行がん患者の心理的ケア、医療者の姿勢

このような死を実感せざるを得ない患者に対し、我々はどうのように接すればよいのだろうか? おそらく、多くの oncologist は精神科医や臨床心理士のスタッフに対し、「がん患者の心理的諸問題に対し助言を与えることで解決をしてくれる人」としての役割を期待しているかもしれない。残念ながら、我々精神科医は魔法使いのように患者の苦痛を消す言葉をかけてあげることが、患者の「ジレンマ」をすぐに解決することもできない。

拙い経験ではあるが、がん患者の苦悩に対し、精神科医としてのスタンスが保てず動揺し、時に患者が語る心性に自らが反省することもあった。40代の卵巣がん再発の女性患者の例である。不眠について筆者が婦人科より依頼を受け診療を行っていた。前回の化学療法の副作用で白血球減少が生じたことがあり、今回は入院にて施行することとなったわけだが、入院して間もなく、彼女より退院希望の申し出があった。慌てて筆者が訪室した際、彼女は、「外に出れば感染の危険があることも、それが命に関わることもあることもわかっています。でも、個室に一人でいると色々なことを考えてしまうんです。だったら娘たちの弁当を作っていたりしての方が気が紛れるじゃないですか?『逃げている』といたらそうなのかもしれませんけど。これでも主婦ですから」と付け加え、笑みを浮かべたのである。たとえ、がんを患っていても、彼女は普通の主婦としての役割を保っていきたいのである。

個々の患者への対応をマニュアル化することは困難なことである。とはいえ、患者の心理社会的諸問題に対し、良い方向へ関与をするある程度系統立てられた、患者への接近のありかたというもの存在すると思う。その「ありかた」について、先達である Cassem¹⁰⁾ や 柏木¹¹⁾ の

著作を軸に述べることにしたい。

① 傾聴し、共感する

Cassemはその著書の中で「耳を傾けることに優るものはない」と述べる。さらに、「われわれが正しいと信じていることを患者に伝え、患者にも同意を求めるということは、終末期の患者をケアする者の好意から出たものとはいえ、身勝手な心得違いである」と痛烈に批判する¹⁰⁾。柏木も末期の患者に対し安易な励ましをすることの危険性を指摘する¹¹⁾。患者の予後が絶望的なものであった場合、場の雰囲気は重苦しいものになるかもしれない。例えば、「わたしはもうダメかもしれない」と患者が述べたときに、しばし医療者が「そんなことを言わずに頑張りましょう」と会話をそのまま中断してしまうことがある。これは医療者サイドがその雰囲気に耐えられず、患者との会話を終わらせたいという気持ちと、患者に対し「何かをしてあげなければならない」という医療者としての役割から発するものであろうが、患者にとっては中途半端な気持ちが残るだけであろう。終末期のケアというのは人間同士の接し合いであり、「医療者」「患者」という上下関係ではなく対等な関係が求められることがある。

従って、終末期がん患者をケアするものとしての姿勢の第一歩は、「傍らに座る」ことである。このことは患者に対し一定の時間を共有することを保証するという意味がある。時に医療者は患者の絶望や苦境に耐えられず、どう接して良いか悩み、病室に行くことを避けがちになってしまう。しかし、孤独に苛まれた患者を見捨てないことを示すために、患者がどんな悲惨な状況であろうと、苦境に立たされていようと、医療者は患者に会いに行くという姿勢を表すことが大事である。勿論、患者はやり場の無い怒りの感情をぶつけ、医療者と感情的な関係になってしまうことも、時には患者から答えようのない質問が寄せられることもあるだろう。しかし、このことで患者もしくは自らを過剰に責めることは無い。Cassemは「患者の率直な質問に答えられなくても、そのことが純粋に医師の気のとがめに由来するものであれば、患者は大目に見てくれるかもしれない」「適切な答えがない時には、われわれは、沈黙を守るべきである」と記している¹⁰⁾。

そして、患者の述べる感情に医療者としての評価をせず、共感をする。共感とは患者の苦悩と一緒に経験するということである。患者の言を自分なりに噛み砕き、「それはこういうことですか?」と聞き返してみる。こういった地道な「会話のキャッチボール」によって関係の構築に繋げる努力をしていく。

② 患者および患者周囲の背景を把握する

患者の言を「聴く」ことで一人の人間としての患者を把握することは、残された家族にまつわる諸問題のサポートの方法を探るだけにとどまらない。そしてそれは例えば「家族は何人ですか?」といった問診の形をとらなくてもよいと思われる。患者のベッドサイドに子供たちの写真が置いてあった場合、それを見て、「息子さん、お幾つになれるんですか?」と尋ねてみる。すると患者は「この前、こいつが野球のリーグで優勝したんですよ」というエピソードを披露してくれるかもしれない。このような雑談などを行った方が、話題は広がり、患者像をより生きた人間として浮き彫りにすることができる。このことこそが重要なのである。

がんであろうとなかろうと、人は家族を含めた社会の中でどのような役割をもって生きてきたかということ自尊心を保っている。患者がどのような足跡を歩んできたかという自伝を語らせ、それを医療者が傾聴するという工夫をすることが、患者の尊厳を守り、「社会的に」生きているという実感を保たせることになる。

この対応は医療者だけにあてはまるわけではない。患者ががんであることを知った周囲の人は、患者への対応の方法がわからず、足が自然に遠のくことがあるかもしれない。しかし、先にも述べたように人間は社会の中の位置を確認しながら生きていることを実感している。従って、職業などを通して形成された人間関係は病床にあってもより深めていくことが望ましい。病気であるにも関わらず、自分のことを覚えていて尊敬してくれる友人がいることを思い起こすことで、患者は少しでも孤立感を避けることができる。

また、こういった会話の中で患者自身が現実的に抱えている懸念、例えば残された者への経済的不安といった問題などが明らかになる。傾聴をする対象は患者だけではない。家族を含めた社会周囲の人々からも具体的な情報を把握することは、例えばソーシャルワーカーなどと連携を図り、何らかの社会的サポートに関し、医療者が介入できる糸口となり得るかもしれない。WeismanとHackett¹²⁾は「適切な死 (appropriate death)」という言葉を提唱している。この「適切な死」を実現するためには、以下の要件が必要であると述べる。すなわち、①患者は相対的に疼痛のない状態であること ②限界はあるが可能な限り仕事を続けること ③未解決な争いごとを見つけ、解決すること ④患者の状態や自我の理想に応じて、残された希望を満足させること ⑤患者の信頼している人の要望に沿えるようにすること、である。

③ 医療者に求められる姿勢

終末期の患者が医療者に求める姿勢は何であろうか？

これまでの文脈からいえば、何らかの「情」が最も必要なものと考えられるであろう。しかし、Cassemは「終末期患者においても愛情が全てであるという時代においては、患者にとって医師や看護者の能力は二の次であるという誤解が生じかねないが、それは誤りである」と述べ、さらに「人柄は二次的な問題に過ぎない」と驚くべき記載をしている。そして医療者に先ず求められる素質として「医療者としての有能さ」を挙げた¹⁰⁾。冷静に考えれば、患者はどんな状況にあっても治ることに一縷の望みを抱いている。確かに、現代の医療水準においても、手術の腕の如何はQOLのみならず生命予後さえ変えかねない。「病院ランキング」という類の本が売られ続けていることはその表れでもある。

ただ、Cassemはあえてこのような強い表現を用い、本来は次のようなことも言いたかったのかもしれない。すなわち、「たとえ終末期にあっても、医療者として患者を最期まで絶えず診察をし続ける姿勢が必要であり、それは、患者が『見捨てられていない』と感じさせることに繋がる」ということである。そして「最期まで診察をし続ける姿勢」をとることは、結果として医療者としての知識や技術の研鑽にもなる。

④ 医療者のコーピング

患者の傍らにいて共有する時間を持つことの重要性は、これまでに述べたとおりであるが、「平均在院日数の短縮化」といった厳しい医療状況の中、医療者はますます多忙な診療活動に迫られ、そのような時間を持つことさえ難しいというところが現実である。

筆者も内科で研修を行っていた時、その日のノルマに追われ、心のゆとりを持つことができないことを体感させられた。そのことから、精神科スタッフの役割として、依頼科にいたずらに問題点を指摘するのではなく、各スタッフや患者間の「潤滑油」でありたい、と考えるようになった。

ストレスを解消するための対処、すなわちコーピング(coping)の重要性が精神科領域で広くいわれるようになってきている。これは病者だけでなく医療者にとっても「燃え尽き」を防ぐために重要なことである。適切なコーピングを行う為には、問題に対しおおらかで柔軟な姿勢を保ちながら、現実的な視点や多くの問題解決の選択肢を持ち合わせることにある。そして、上手な気分転換が図ることが求められる。しかし、人間は万能では無いし、コーピングの為に改めて趣味を作るといってもいきなりできることでは無い。むしろ医療者同士が有機的なre-

lationshipを保つことで、時間的にも精神的にもゆとりをもつことの方が現実的である。例えば、医療者にとって数少ない休みの日には、「あの人に仕事を任せておけば安心」という相手がいれば、精神的にも十分な休息が得られる。逆に相手が休養をとる際、自分が「仕事を任せられている」ということを実感すれば、自己が社会的に必要とされているという役割を強化することになり、自我の安定を促進する。危険なことは、一人で「抱え込み」をすることであり、それは患者にも良い影響を与えない。

5. まとめ

がん患者が抱える問題をBio-Psycho-Socialな視点から取り上げ、医療者にとってのありかた、すなわち医療者は患者に対し、さまざまな次元から評価し、最期まで絶えることなく患者に診療をし続ける姿勢を行動で示すことの大切さについて述べた。一方で、現代の医療情勢において、医療者自身がこころのゆとりを持つことが困難な状況であり、医療者のコーピングという話題についても触れてみた。

しかし何より強調したいことは、「社会的に必要とされている」という感覚こそが、患者にとっても、医療者にとっても、「生きている」ことを実感するに大切なことなのである。

文 献

- 1) 厚生労働省：最近公表の統計資料（平成17年以前公表分）。<http://www.whlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei02/hyo4.html>
- 2) 内富庸介, 皆川英明, 岡村 仁ほか：終末期がん患者のコンサルテーション精神医学。臨床精神医学, **24** : 149-159, 1995.
- 3) Williams S. : The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer : a systematic review.Br. J. Cancer, **94** : 372-390, 2006.
- 4) 青木孝之：警告うつ病。野村総一郎編集：リターンマッチ精神医学, 株式会社新興医学出版社, 東京 : 76-84, 1998.
- 5) Illman J., Corringham R., Robinson D. et al. : Are inflammatory cytokines the common link between cancer-associated cachexia and depression? J. Supportive oncol., **3** : 37-50, 2005.
- 6) Musselman D.L., Miller A.H., Porter M.R. et al. : Higher than normal plasma interleukin-6 concentrations in cancer patients with depression : preliminary find-

- ings. *Am.J.Psychiatry*, **158** : 1252-1257, 2001.
- 7) 松岡 豊, 中野智仁, 稲垣正俊ほか: がん治療後長期生存者における侵入性想起の臨床的意義. *総合病院精神医学会誌*, **14**(suppl.) : 155, 2002.
- 8) 中野智仁, 稲垣正俊, 松岡 豊ほか: がん生存者における侵入性想起と海馬容積の関連. *総合病院精神医学会誌*, **14**(suppl.) : 155, 2002.
- 9) Van der Maas P.J., van Delden J.J.M., Pijnenborg L., et al : Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*, **338** : 669-674, 1991.
- 10) Cassem, N.H. : *Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry Fourth Edition*, Mosby-Year Book, Inc., U.S.A, 1997. (黒澤 尚, 保坂 隆監訳: MGH総合病院精神医学マニュアル. *メディカル・サイエンスインターナショナル*, 東京: 545-580, 1999)
- 11) 柏木哲夫: 日本における死にゆく患者の心理プロセスと精神的ケア. 松下正明監修, 福西勇夫編集: *先端医療とリエゾン精神医学*, 金原出版株式会社, 東京: 42-49, 1999.
- 12) Weismann A.D., Hackett T.P. : Predilection to death : death and dying as a psychiatric problem. *Psychosom. Med.*, **23** : 232-256, 1961.