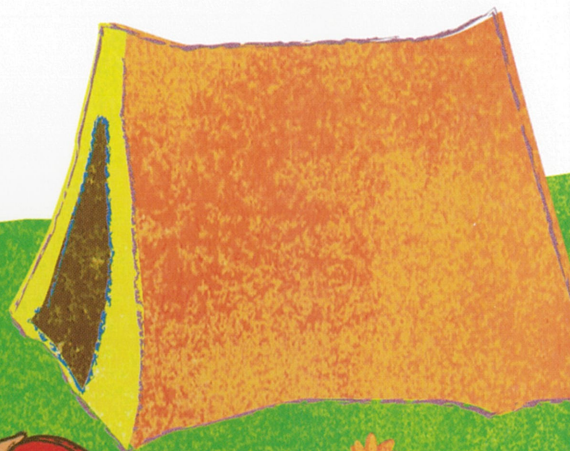


地域精神医療誌・フレンドシップ
企画編集:NOVA出版

いぶき



フレンドシップインタビュー

がん患者のQOLの向上とその家族を サポートするサイコオンコロジー

明智 龍男

44

V O L . 2016

童話「アルプス一万尺」

がん患者のQOLの向上とその家族を サポートするサイコオンコロジー

明智 龍男



がん患者の精神的 サポートを担う

現在日本では、がんに罹患する方が年間およそ100万人、2人に1人は生に一度は、がんと診断される時

代といわれています。がんを診断、告知されたとき、患者さんはもとより、そのご家族も大変なショックを受け、治療への不安、経済的な不安などさまざまなストレスを抱えながら毎日生活を過ごすことになります。

がん告知などにとまなう精神的ス

トレスは、身体的な苦痛とも相互に影響しあい、患者さんの症状を悪化させることがあることから、告知の段階から心の負担をなるべく軽くしてあげるサポートが大切です。このような精神的サポートの重要性を研究する学問をサイコオンコロジー (Psychology: 精神腫瘍学) といい、サイカイアトリー (Psychiatry: 精神医学)、サイコロジー (Psychology: 心理学) およびオンコロジー (Oncology: 腫瘍学) を組み合わせた造語です。その目的は、がんが精神面に与える影響を明らかにし、どのようにケアを行えば患者さんとその家族のQOLを向上させられるか、また、心のもち方や行動によって、がんになりにくくなるのではないか、あるいは、がんを抱えても長生きできるのではないかとといった、「心」が「がん」という病気に及ぼす影響を解明することです。

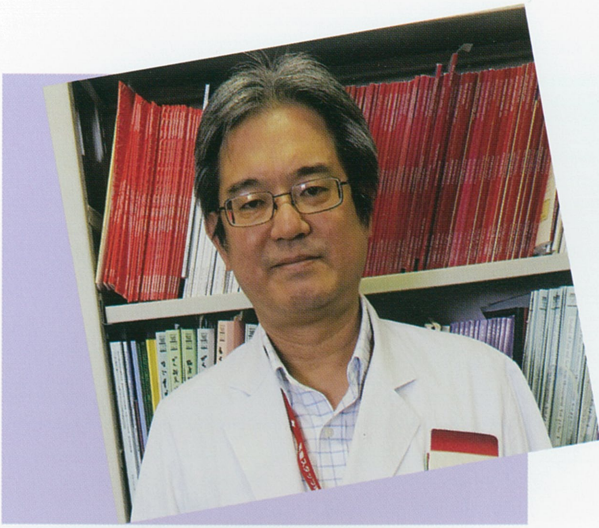
サイコオンコロジーは欧米で、がんの病名を患者さんに伝えることが一般的になった1970年代に生まれた新しい学問です。日本での研究が遅れた背景には、我が国では、がん告知イコール死の宣告というイメージが強かったことや、患者さんには告知はしない方がいいという慣習が長い間、一般的だったことがあげられます。1986年に国際サイコオンコロジー学会の日本支部として日本臨床精神腫瘍学会(現、日本サイコオンコロジー学会)が結成されて以来、日本でも認知されるようになってきました。

がんがもたらす 精神症状

がん患者さんの場合、全病期において、その約半数になんらかの精神症状がみられることがわかってきています。なかでも頻度の高い精神症状としては、適応障害、うつ病、せん妄があげられますが、終末期には、せん妄の割合が高くなります。こういった精神症状は、患者さんのQOLの低下だけではなく、入院期間の長期化や患者さんご家族の方々の精神的負担にも大きな影響を与えます。最悪の場合は、

患者さんの自殺という結果を招くケースもあります。

自殺の最大の原因は抑うつ状態ですが、自殺に至るケースは告知診断された後の早い時期に多く、また国立がん研究センターなどの調査によると、がんと診断された患者さんが1年以内に自殺するリスクは、がんに罹患していない患者さんに比べて、およそ24倍という結果が出ています。がん患者さんの自殺は、進行性がんの男性に多いことから、がんの精査の段階から、うつ状態のチェックを行い、不安感や絶望感が強い症例などは、注意深いモニタリングと主治医を中心とした専門職によるチームアプローチがとても重要です。



第2の患者、ご家族のサポート

がん患者のご家族は、「第2の患者」と呼ばれています。ほとんどの場合、患者さんと同等、場合によってはそれ以上に精神的なストレスを抱えているといっても過言ではありません。面接時に経験することですが、患者さんと一緒にいるときは明るくふるまっていますが、患者さんのいない環境で、ご家族とお話すると、とたんに弱気になり全く違う表情をみせ、ひどく取り乱すこともしばしばあります。こういう場合には、ご家族にも向き合い、抱える不安を軽減するためのアプローチが重要となります。

患者さんを亡くされたご家族へのケアも重要です。死別後1年以内では自殺のリスクも上昇し、特に高齢の男性は死別直後の自殺率が15倍にも高まることがわかっています。死別を経験されたご家族へのサポートは長期間に及ぶこともあることから、医師ひとりが受け持つのではなく、いつでも相談に乗ってあげられるようなチーム体制でサポートを継続していく必要があります。

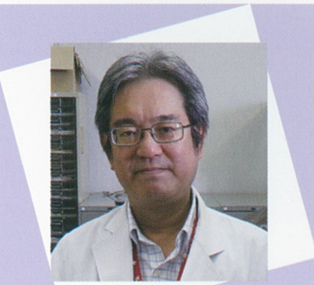
死別を経験された後もサポートさせていただいたご家族から毎年年賀

状をいただくこともあります。元気で過ごされていることをお知らせくださるたびに、わたしのサポートも少しはお役に立てたのかなとうれしく思います。

患者さんの心に寄り添うこと

現在わたしは、精神科の外来も担当していますが、他病院からのご紹介も含め、およそ3割の方ががんに罹患しています。患者さんの背景もさまざまです。サポート自体、個性が高く、常に「もっと適切なアドバイスができるのではないかと」と自問自答しながら対応しています。

よく誤解されるのですが、サイコロロジーという学問は、精神科医だけが学ぶものではありません。看護師、心理士、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多くの専門職種の方々に参加していただきたい学問です。臨床の場では、とかく投薬中心の治療になりがちですが、患者さんの個性を大切にしたい心のケアがあつてこそ、本当の医療につながるのではないかと考えています。患者さんやそのご家族の心からの声を「聴く」こと、そしてそれに言葉だけでなく「応える」ことが多くの医療者に求められていると思います。



明智 龍男
(あけち たつお)

- 1964年 広島県生まれ。
- 1991年 広島大学医学部医学科卒業後、同大学医学部附属病院精神科臨床研修医
- 1992年 日本医科大学附属病院高度救命救急センター臨床研修医
- 1992年 国立呉病院・中国地方がんセンター臨床研修医
- 1994年 社会保険広島市民病院精神科医師
- 1995年 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部研究員
- 1998年 国立がんセンター中央病院第一外来部神経科医師
- 2000年 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部室長
- 2004年 名古屋市立大学大学院医学研究科 生態情報・機能制御医学専攻 社会復帰医学講座 精神・認知・行動医学分野 助教授
- 2007年 改称により同上准教授
- 2009年 名古屋市立大学病院緩和ケア部 部長(併任)
- 2011年 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 教授
- 一般社団法人日本サイコロロジー学会 代表理事

精神障害者の地域生活を支援する

医療法人松和会 門司松ヶ江病院院長

山浦敏宏

これまでの精神科医療の考え方

精神障害の治療には、二つの大きな考え方があります。一つは疾病としてとらえてその治癒を目的として治療を行う医療モデルとしての考え方です。これは以前から行われてきた入院治療を中心とした考え方であり、薬物療法や作業療法により疾病の症状を改善していくことを主体にしています。特にここ20年くらいの向精神薬の飛躍的な発展によって、現在では入院期間の短縮が可能になり、入院患者の7割が3か月以内に、9割が一年以内に退院しています。また入院後一年以上を経過した患者もその3割が退院するようになってきました。

一方で退院することが困難である重度かつ慢性の患者群も存在することも事実です。1970年頃までは日本と欧米諸国の人口対精神病床の数の差はほとんどありません。

せんでしたが、その後、欧米諸国は急速にその数を減らしたのに対し、わが国では1990年過ぎまでその数を増やし続けました。

それぞれに健康保険制度の仕組みが違い、また何か起きるたびに制度が変わってきた我が国の精神障害者に関する社会保護的法制度の問題もあり、一律に評価をすることは難しいのですが、現在では日本だけが突出して病床が多いのが現実で、2000年過ぎからようやく徐々に減少傾向に入ってきたところではあります。

障害モデルとしての考え方

疾病の症状が改善された精神障害者にはもう一つの問題があります。それは、依然として対人能力や自立した生活能力などが障害のために残ってしまふことです。このことをそれぞれ個別に検討して、障害をもたない人と同じように生活できるように近づけようとする

ノーマライゼーションの捉え方が障害モデルとしての考え方です。

1993年に障害者基本法が成立し、精神障害が身体障害、知的障害と共に3障害に組み入れられました。それから20年が経過し、2013年にはこれら3障害の患者の自立支援と地域生活支援を目的とした障害者総合支援法が成立し、精神障害者の地域生活支援が可能となる環境が整いつつあります。

かつて精神病床を急速に減らし



社会復帰棟の玄関



精神保健福祉士による面談

治療の理念を見つめなおす

「精神障害という、理解しにくい病気で悩んでいる人々との心の触れ合いを通じて、その純粋な心、ひたむきな努力を受け止め、自由と尊厳と生産性の回復に、全職員あけて精一杯の援助をし、病院の門を社会に大きく開いて奉仕いたします」

た欧米諸国では、患者のホームレス化などのあまり語られない社会現象を呈していることも事実です。わが国ではそのようなことがないようにしっかりと対策していくことが重要であると思います。

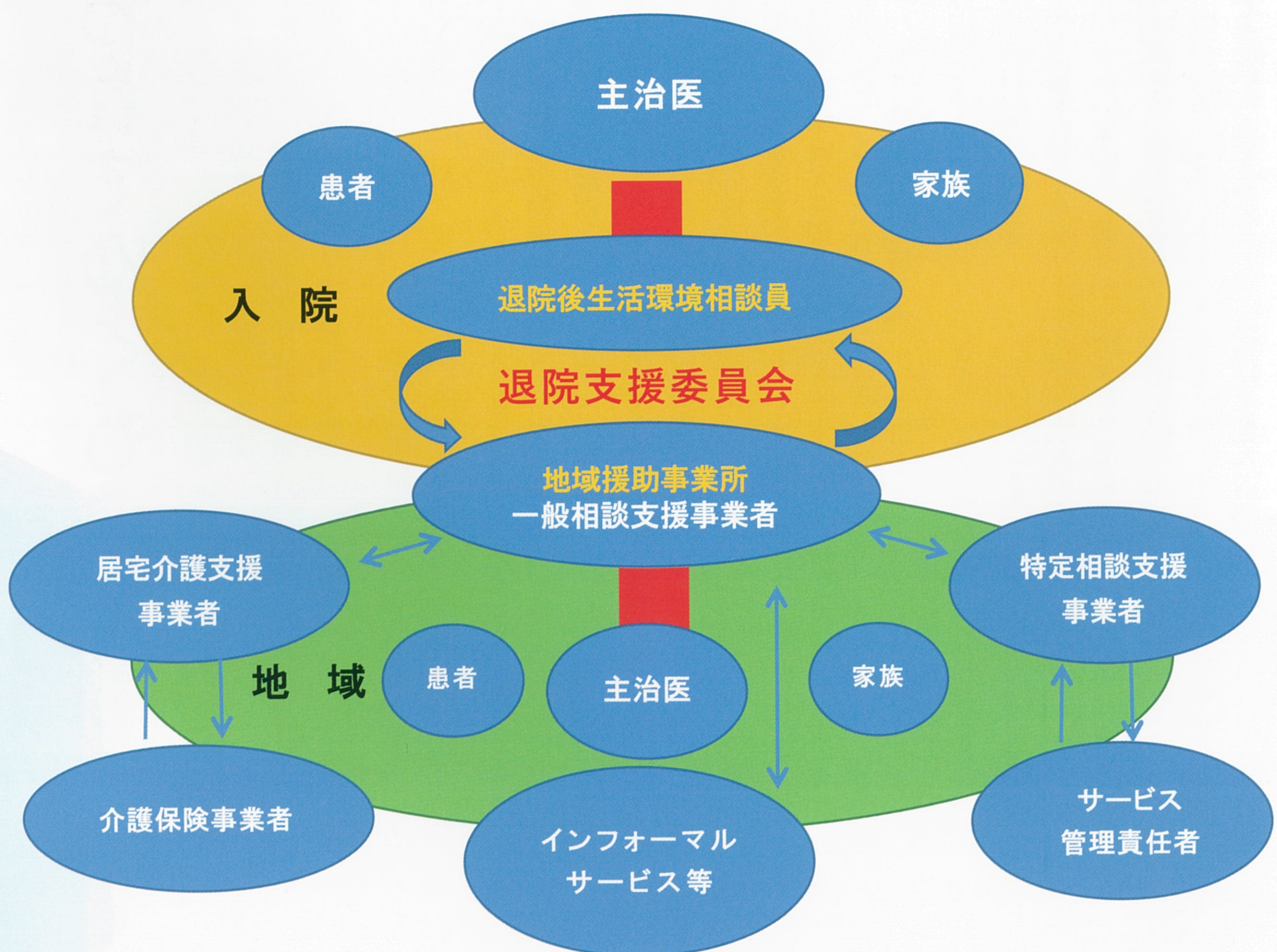
現在の障害者総合支援法では、グループホームや自立訓練、相談支援などの様々なメニューを組み合わせさせて、障害者の地域生活のサポートを行えるようになってきていますが、障害モデルにしても医療機関や行政機関やほかの事業所の様々な職種の人が連携しないと円滑に運用できないと考えます。

「精神障害という、理解しにくい病気で悩んでいる人々との心の

これは、開設後しばらくして初代院長が掲げた当病院の治療の理念です。当病院では開設当初から可能な限り患者を開放的環境で治療し、社会復帰を促進してきました。2年前には精神科急性期治療病棟において16対1の厚い医師配置を行って早期退院に向けての取り組みを行っています。

精神保健福祉法の改正にともない、医療保護入院をしている患者には入院当初から退院後生活環境相談員を選任して退院支援委員会を開くことが義務づけられました。入院の早期から患者が退院後に何が必要かを考えながら生活療法やレクリエーション、社会復帰療法を行っていくことも必要であり、現在の精神科医療には入院生活を行う医療モデルとして、治療中にも障害モデルとしての治療イメージを持つことが求められていると考えています。

現在、グループホームの増設など患者の社会生活に必要な準備をいろいろと進めているところです。



街の風景のなかから失われてゆくもの…

臨床心理 加瀬紀幸

「まったく、おばあちゃんどこへ行ったの、家にいなさっていったのに」

「また三石公園でしょう」

そんなやり取りが道路の向こう側から聞こえてくる。実はそんな公園があるわけではない。古い団地の端の道路わきのわずかな地面。桜の木が一本と庭石にも使えそうな石が放置されている。石が三つだから「三石公園」近所の年寄りたちはそう呼んでいる。

花の時期以外には誰も足を止めない道端が、おばあちゃんたちの小さな社交の場である。杖をつきながら二歩二歩歩いていく後ろ姿をよく見かける。リハビリを兼ねていることもあるが、周りの人たちに気をつかわないでいい自由さもだいじなのだろう。「本当はデイサービスに行かせたいのだけど、嫌だつていうから」嫁さんがぼやいているのを聞いたこともあった。

デイサービスといえば、町のそこそこ

イサービスの看板を見かけるようになった。車を運転しているとよくわかるが、朝夕見かける送迎車の数はいつの間にか増えた。白いワンボックス車といえば工事関係や物流

関係、たまに見かけるのは病院の送迎といった状況はいまや大きく変わっている。デイサービスの車はかなり広範囲を回っている。何でこんなにも送迎車がたくさん必要なのか、過当競争になっているのではないか、常々そう感じていたのだが、現場の人たちと話してみてもいろいろとわかった。

「みんなで一緒にお手をつないで」といった昔多くの老人が抱いていた偏ったイメージとは違って、デイサービスの内容は実に多種多様、選択の幅が広がっている。魅力的な事業所であれば遠くても希望者がいるから、必然的に送迎範囲が広がっていく。そればかりではない。少し離れたところの方がよいという人や家族も結構いるというのである。昔風にいえば、もうろくした姿を近所の人たちにさらしたくないという心理が働いて

いるのは想像に難くない。そんなこととは全く関係なく、送迎車に乗って街を眺めるのが好きだという人もいる。

こういった状況にくわえ、もっと当たり前理由がある。それは高齢化による移動能力の著しい低下である。先の話に出てきたおばあちゃんでは、その家の玄関から三石公園まで距離でいえばたかだか百メートルちよつとである。そこまで杖をつきながら休み休み十分以上かけて歩いて行く。まして認知症が合併していたら何が起るかわからない。かくして送迎車は、デイサービスの運営に欠かせないものとなっている。

街カフェでも、身体障がい者や高齢者が集まっているところでは同じような状況があるようだ。自力で来られる人や支援を得られる人たちが集まればとりあえずはそれでよしとする。しかし、送迎があればぜひ行ってみたいのだがという問い合わせがづくと、何とかしなくてはという思いが強くなるという。



歩きにくくなった年寄りには、縁側で日が一瞬うつらうつらという光景で表されていくのは、いまでは移動は自由の発現として最大限尊重されなければならぬ。したがって、移動能力の低下は生活空間を狭くするばかりでなく、精神的な豊かさの低下につながりやすくなっている。遠くにいきなり早く移動できるかに価値を置くことにもなる。

街の風景が変わるということは、建物が変わっていくだけではなく、車社会で道の風景も変わるといってもある。変化した風景のなかでは、道を歩く見慣れた人たちの姿も消えていく。昔ながらの見慣れた街並みと人影は日常的には緊張を生むことはなかった。アクシデントがあつてもすぐに誰かが何かしてくれるだろうという安心感もあつた。

三石公園がなくなるという。団地の改修工事とともに周辺の道路が拡張されることと決まったという。おばあちゃんたちの集まりの場所も消えていく。それとともに、それを笑顔で見守っていた近所の人たちのふれあいも薄れていく。一年後、彼女たちの姿がどこか別の場所で見られることがあるのだろうか。それともそんな公園があつたことなどみな忘れて、デイサービスの送迎車にゆられているのだろうか。



ヒヤリ・ハット事例の年報が 公表されました

2004年度から公益財団法人日本医療機能評価機構（医療事故防止事業部）では、医療事故防止と医療安全の推進を目的とした医療事故情報やヒヤリ・ハット事例収集などの医療事故情報収集等事業を実施しています。

平成27年の医療事故情報収集等事業の年報では、1. 医療事故情報収集等事業の概要、2. 報告の現況、3. 医療事故情報等分析の現況、4. 医療安全情報の提供の4項目で構成されています。

報告の現況では、「事故の概要」について、「療養上の世話」が1,301件で35.6%と最も多く、次いで「治療・処置」が1,109件の30.4%、「薬剤」及び「ドレーン・チューブ」が260件の7.1%、関連診療科では「整形外科」が566件の12.5%と最も多く、次いで「外科」が352件の7.8%、精神科は250件の5.5%となっています。

このほか、2008年10月から、薬局で発生した、または、発見されたヒヤリ・ハット事例の約80%は調剤に関する事例であり、そのなかでも数量間違い、規格・剤形間違いなど、医療機関の薬剤部門でも発生する事例が多いという統計が出されています。



医療法人 社団 松和会

門司松ヶ江病院

〒800-0112 北九州市門司区大字畑355

TEL (093) 481-1281 (代表) FAX (093) 481-7069

URL <http://www.matsugae.or.jp/>

発行者：山浦 敏宏

《診療科目》 精神科・心療内科・内科

《関連施設》 介護老人保健施設「フレンドリー松ヶ江」
特別養護老人ホーム「松和園」
精神障害者福祉ホーム「カーサ松ヶ江」
精神障害者グループホーム「まつぼっくり」