

# がん診療連携拠点病院等における 精神障害者のがん治療支援プログラム 実践ガイド

令和5年度厚生労働科学研究（23EA1031）

精神障害のある方に対するがん検診及びがん診療のアクセシビリティの向上に資する研究

2024年4月11日 第1.0版作成

## 目次

1. はじめに	3
2. がん治療支援プログラムの全体像	4
3. 精神科受診歴をチェックし、精神症状担当チームへ紹介してもらう仕組み	6
4. 支援のフロー	8
5. 個別の治療サポートのための、具体的な取組とそのポイント	10
(1) 患者個別の、障害に配慮したコミュニケーションに関する提案	10
(2) 意思決定能力の評価および意思決定の支援	11
(3) セルフケア能力、アドヒアランスの評価および評価に基づいた患者支援の提案	13
(4) 身体症状の評価に関する提案	14
(5) 精神症状への対処方法の提案と患者に対する直接支援	15
6. 組織、地域レベルの受診前アプローチ	
(1) 組織レベルのアプローチ	16
(2) 地域レベルのアプローチ	16
7. 事例集	18
8. 巻末資料	24

## 1. はじめに

精神障害者はがんの予防、診断、治療、緩和の全てのがん診療場面で格差を生じていることが知られており、この格差を是正するための取組が求められています。がん診療の格差につながる課題は多岐にわたっており、そうした課題の多くに対してがん医療従事者、精神保健医療従事者ともに困難感を抱いていることがこれまでの研究によって分かっています。一方で、精神科常勤医や精神科リエゾンチームの配置など、精神障害者への対応が充実するがん診療連携拠点病院等では、がん医療従事者が感じる課題への困難度が相対的に低下することが示唆されています。

そこで、本研究班では、がん診療連携拠点病院等の協力を得て、精神障害者のがん治療支援として行われている臨床上的実践を集約しました。その多くは、精神症状担当チームが中心となって行われている活動です。本冊子は、集約した実践のエッセンスをもとに、この活動をプログラムとしてまとめたものです。

精神障害を有する方にも適切にがん医療を提供するための活動として、本プログラムが参考になれば幸いです。精神障害者のがん診療格差是正のため、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

厚生労働科学研究班代表者 稲垣正俊（島根大学）

研究事務局 藤原雅樹（岡山大学）

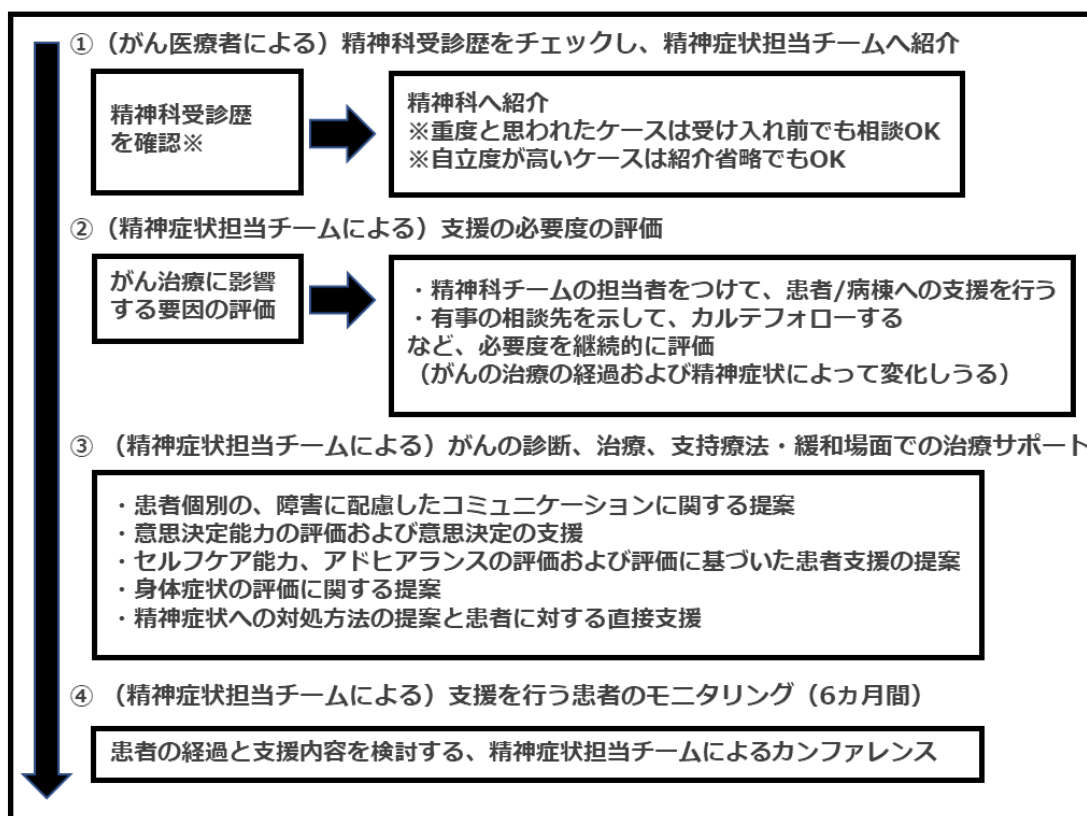
## 2. がん治療支援プログラムの全体像

### 【地域、病院レベルのアプローチ】

①精神障害者のがん診療へのアクセスを改善するための取組

地 域	地域の医療機関に対する啓発、 本プログラムの紹介 など	病 院	院内研修会の開催、研修医教育 の充実 など
--------	-----------------------------------	--------	-----------------------------

### 【患者個別レベルの治療支援アプローチ】



### 【解説】

本プログラムでは、精神症状担当チームを組織して（多くは既存の精神科リエゾンチームと思えます）、精神障害者のがん治療の支援について多職種で取り組みます。まずは、精神障害のあるがん患者の初診・入院後の治療が院内で円滑に進むよう支援を提供できるように、「患者個別レベルの治療支援アプローチ」を軌道にのせるよう取り組みます。

## 「患者個別レベルの治療支援アプローチ」

まずは、支援が必要な精神障害のあるがん患者を積極的に同定し、精神症状担当チームへ紹介してもらうことが必要です。そのため、がん医療者が、①精神科受診歴をチェックし、支援が必要な患者を精神科チームへ紹介する仕組づくりを行います。

精神症状担当チームは①によって紹介された患者を、②評価し、がんの診断、治療、支持療法・緩和などの各診療場面における③治療サポートを行います。これらは、既に各施設の精神症状担当チームが実践されているリエゾン・コンサルテーション活動そのものです。本プログラムではチームによる精神障害者のがん治療支援の参考書となるように、先行研究から得られた支援のポイント等を提示しています。

そして、支援を行う患者は6ヶ月間を目安に④モニタリングし、精神症状担当チームのカンファレンスにおいて経過を確認し、支援内容について定期的に検討します。

上記の通り、本プログラムに沿った「患者個別レベルの治療支援アプローチ」の取り組みにおいて、精神症状担当チームの皆様が新たに実践いただくのは、

- ✓ 精神科受診歴をチェックし、支援が必要な患者を精神科チームへ紹介する仕組づくり（①）
- ✓ 支援を行う患者のモニタリング（④）

の2点です。患者の評価とそれに基づく支援（②、③）は既に実践されている内容であり、引き続きチームとして取り組んでいただくこととなります。この支援について、先行研究で多施設から集約した実践的な取組を「5. 個別の治療サポートのための、具体的な取組とそのポイント」として整理していますので、皆様の活動においても参考にいただければ幸いです。

## 「地域・病院レベルのアプローチ」について

「患者個別レベルの治療支援アプローチ」が軌道にのった後に、「地域・病院レベルのアプローチ」へ取り組みを広げます。連携する医療機関等に本プログラムを周知したり、精神障害者への対応に関する院内研修会を行ったりするなどの、⑤精神障害者のがん診療へのアクセスを改善するための取組も行うことが望まれます。

### 3. 精神科受診歴をチェックし、精神症状担当チームへ紹介してもらう仕組みづくり

精神障害を併存するがん患者を積極的に同定し、精神保健医療従事者が、がん医療者と協働してケースに応じた支援を行うことが有効だと示唆されています（Irwin KEら、Oncologist、2019）。わが国のがん医療者、精神医療者等からも同様の取組を行うことが期待されていますが（江藤ら、Psycho-oncology、2021）、がん治療のために腫瘍科を患者が受診した際に必ずしも精神疾患の既往は必ずしも確認されていない現状があります。

特に初診時や初回の入院時には、がん治療医や看護師による既往歴の確認が通常行われます。その際に、精神科／心療内科の受診歴もチェックされることが必要です。精神科受診歴や精神疾患既往があり、支援が必要と思われるケースを精神症状担当チームに紹介してもらう仕組みが求められます。明らかに精神症状が落ち着いており、自立度が高い場合であれば紹介は必須ではありません。逆に、精神症状が重度である場合は、受け入れ前からの紹介・相談を促し、早期から協働することも有効です（事例1）。精神科への紹介にあたっては原則、患者本人あるいは代諾者の同意があることが前提となります。直接精神科が患者を診察することが難しい状況の場合、医療者間での相談という形での支援を行います（事例2）。

がん診療拠点病院では、がん患者の精神心理的苦痛のスクリーニングの取組、自殺リスク対応フローの取組などメンタルヘルスにも関わる体制、手順の整備が求められています。そのため、これら既存の取組や院内のシステムに沿った、自施設で実施可能な仕組みとすることが必要です。また、がん医療者はその他の多くのスクリーニングや指示に追われているため、簡潔な手順とすることが望まれます。具体的には、以下のような仕組みが例としてあげられます。

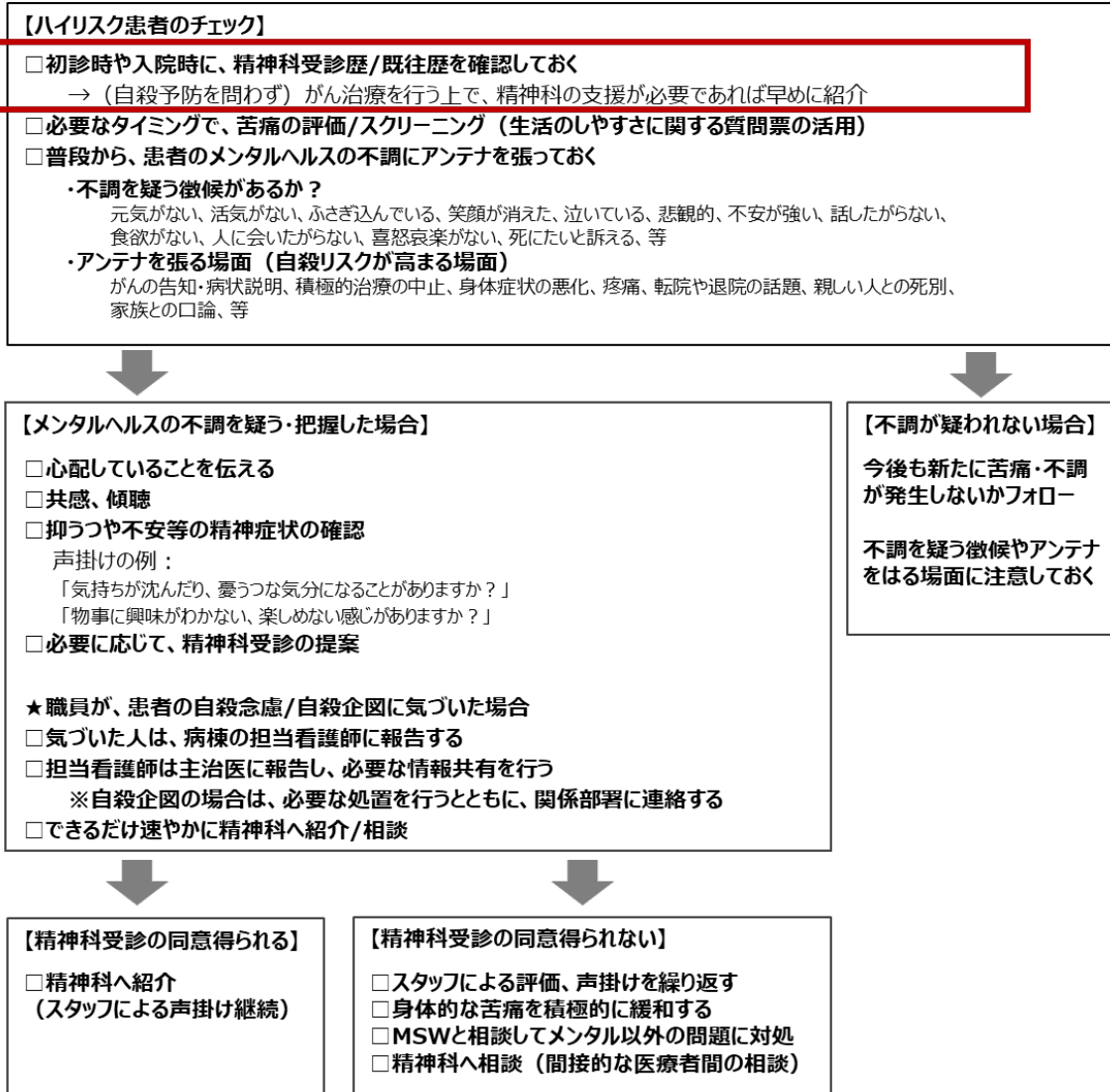
例 1) 精神心理的苦痛の対応フローと連携させた仕組み

例 2) 院内で共通する問診票に確認項目として埋め込む

例として、岡山大学病院では、がん診療拠点病院の要件として求められる自殺リスクへの対応フローの整備にあたり、「精神心理的苦痛/自殺リスクへの対応フロー」として、次の図のようなフローを作成しま

した。これは院内の医療者に周知されますが、このフローにおいて、「初診時や入院時に、精神科受診歴/既往歴を確認しておく」、「がん治療を行う上で支援が必要であれば早めに紹介」を組み込みました。

精神心理的苦痛/自殺リスクへの対応フロー

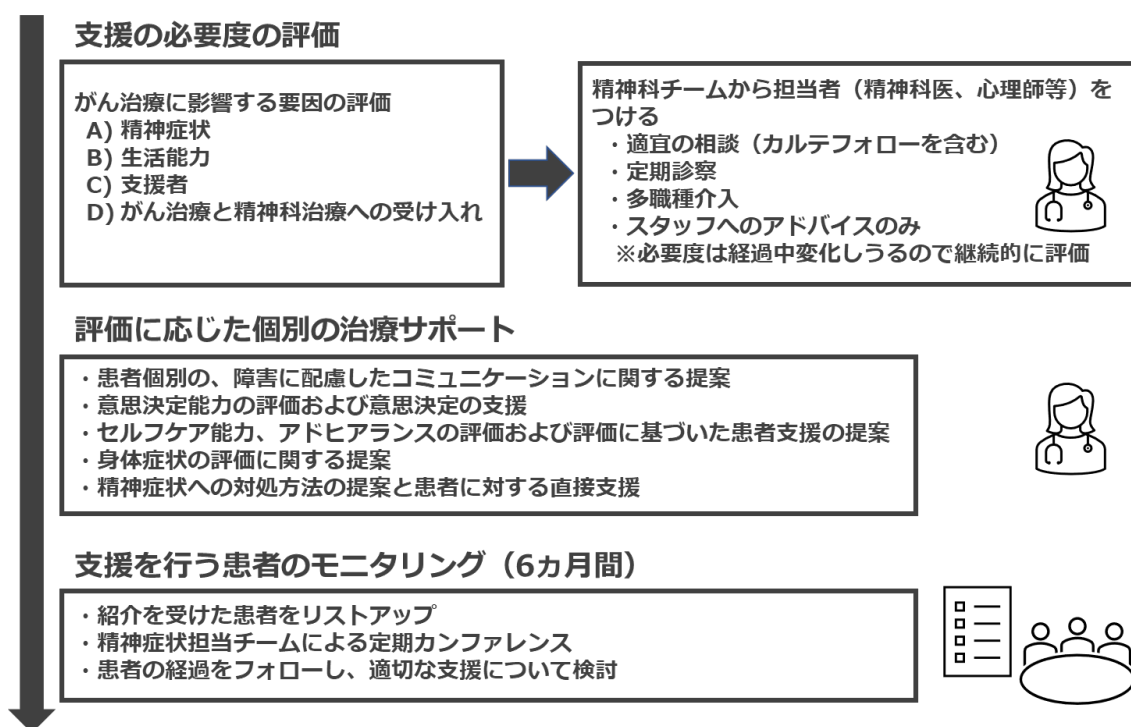


《紹介・相談先》

緊急性のない場合：通常のコンサルテーション手順

緊急性のある場合・スタッフ間で相談が必要な場合：精神科外来(7935)/日当直医(2182)

## 4.支援のフロー



### 【解説】

#### 支援の必要度の評価

精神症状担当チームはがん治療医などからがん治療を行う精神障害者についてコンサルトを受けた場合、治療に影響し得る要因を評価し、どの程度の支援の必要度があるかを評価します。

- A) 精神症状：幻覚妄想症状、躁症状、抑うつ症状、不安症状、強迫症状、こだわり、知的障害などを確認し、がん治療への影響を評価します。
- B) 生活能力：適切な食事摂取、身の清潔保持・規則正しい生活、金銭管理と買い物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、社会的手続や公共施設の利用、文化的社会的活動への参加などの能力を確認します。がん治療への影響を評価し、検査や治療へのアドヒアランスの評価にあたって参考にします。
- C) 支援者：家族、精神科医療従事者、福祉従事者、施設職員、かかりつけ身体科などの支援状況を確認し、がん治療継続のためのサポート体制を評価します。



D) がん治療と精神科治療への受け入れ：がん治療に対する意欲／拒絶、精神科治療に対する意欲／拒否を確認し、検査や治療へのアドヒアランスの評価にあたって参考にします。

上記の評価をもとに精神科チームの担当者をつけ、必要時に適宜相談を受ける、担当医が定期的診察を行う（事例 3）、看護師や心理師などと帯同し多職種で介入する（事例 4）、スタッフへのアドバイスのみを行う（事例 5）など、必要に応じた支援を検討します。ケースに応じて異なる濃さの支援を行った事例として、事例 3～5 を提示しています。

### **評価に応じた個別の治療サポート**

支援の必要度について評価を行った後は、個別のケースに対してがん治療を行うためのサポートを行います。過去の先行研究の結果から、治療のためのサポートは（1）患者個別の、障害に配慮したコミュニケーションに関する提案、（2）意思決定能力の評価および意思決定の支援、（3）セルフケア能力、アドヒアランスの評価および評価に基づいた患者支援の提案、（4）身体症状の評価に関する提案、（5）精神症状への対処方法の提案と患者に対する直接支援の 5 つに集約されました（R3 年度厚生労働科学研究稲垣班）。これらのサポートを、がんの診断、治療、支持療法、緩和の全ての場面において、必要に応じ行っていきます。サポートの詳細については「5. 精神症状担当チームによる具体的な取組とそのポイント」で後述します。

### **★支援を行う患者のモニタリング**

このプログラムで実践いただく主要な取組の 1 つです。支援を行うケースはリストアップして、精神症状担当チームの定期的カンファレンスで月 1 回以上経過を確認して支援内容を検討します。6 ヶ月を目安にモニタリングを行いますが、ケースによっては必要に応じてさらに継続します。リストには、身体疾患名、紹介目的、精神疾患、チームによる支援の内容、などカンファレンスの内容を簡潔に記録します。

## 5. 個別の治療サポートのための、具体的な取組とそのポイント

### (1) 患者個別の、障害に配慮したコミュニケーションに関する提案

#### (事例 6)

##### 具体的な取組の内容

家族や身近な支援者など、本人のことをよく知る人にも病状説明の場に同席してもらうよう提案する。

##### 取組みのポイント

- ・ 自宅で病状説明のことを話題にしてもらうなど、理解を促すための関わりを家族に依頼する。
- ・ かかりつけ精神科に対してがんの診断や治療について情報提供し、患者サポートを依頼する。

##### 具体的な取組の内容

がん治療チームが患者とのコミュニケーションを行うにあたってのアドバイス・支援を行う

##### 取組みのポイント

- ・ 病状説明の際に視覚情報を活用する等、精神疾患に応じたコミュニケーションについて具体的なポイントを提示する。例えば、精神疾患の特徴に合わせたコミュニケーションの工夫について、具体例を含めて患者カルテに記載して提示する（巻末資料 1）
- ・ ケースによっては、顔馴染みが作れるよう、固定のスタッフでの対応を検討する。
- ・ 場合によっては精神科スタッフが病状説明に同席することを検討する。
- ・ 必要に応じて精神症状担当チームの精神科医から、患者の背景にある精神疾患についてがん治療チームに対してレクチャーを行う。

##### 【背景】

がん診療連携拠点病院のがん医療従事者を対象としたアンケート調査では「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」と回答した者は 68.9%でした。「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」と回答した者は 53.9%で、障害に配慮した対応に関連したところで困難感を抱くがん医療従事者は多いことがわかります。こうした配慮はがん告知の際などにも重要になってきます。

## (2) 意思決定能力の評価および意思決定の支援

### (事例 7, 8, 9)

#### 具体的な取組の内容

精神症状担当チームが意思決定能力の評価を支援する。

#### 取組のポイント

- ・ 患者の疾患に対する理解度や認識を確認し、精神疾患の病状による意思決定能力への影響をアセスメントする。
- ・ 理解、認識、論理的思考、選択の表明の 4 要素で同意能力の評価を行う。
- ・ 特定の状況・臨床判断における意思決定能力についてアセスメントする。
- ・ 本人の元々の意思や選択の傾向と合致しているか家族などから聴取する。
- ・ 十分な情報が得られない場合も、本人の最善の利益の観点から治療方針を検討する。

#### (参考資料)

- ・ (参考資料：一般社団法人日本意思決定支援推進機構 意思決定支援サポートセンター「医療従事者向け意思決定支援ガイド 第 2 版」  
<https://www.dmsoj.com/medicalconsent>)

#### 具体的な取組の内容

家族や継続的に関わっている専門職・チーム（かかりつけ精神科など）と協働して、時間をかけて治療の意思決定を支援していく。

#### 取組のポイント

- ・ 一時的な訴えのこともあるため、その時だけで判断せず、支援者の意見なども参考に意思決定を進めていく。
- ・ 尋ねる人、尋ねる場所や尋ね方を変えながら、本人の意思を確認する。
- ・ 最初の治療拒否のみをもって意思表示とみなし、その後のがん治療やフォローが途絶えることがないよう配慮する。

#### 具体的な取組の内容

必要に応じて、個別にケースマネジメントする担当者を早期からつけるよう働きかける。

#### 取組みのポイント

- ・ 相談の段階から関係機関との連携を開始してもらおう（参考：事例 6）。

#### 具体的な取組の内容

意思決定に障害があるケースでは、複数の医療従事者でカンファレンスを行うことを提案し、本人にとって最善の方法を慎重に選択する。

#### 取組のポイント

- ・ 家族のいない患者では、「身寄りがない人の入院および医療に関わる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を参照する。
- ・ 家族ではなくとも、本人を支援していた関係者と連携をとるよう働きかける。
- ・ 本人や家族の間で治療への意向が異なる場合は、院内の倫理コンサルテーションチーム（あるいは、臨床倫理を扱う倫理委員会や医療安全部）への相談も提案する。

#### （参考資料）

- ・ （参考資料：身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>）

#### 【背景】

意思決定支援に関連する課題では、「精神障害を有する患者の意思決定能力の評価が難しい」と回答した者が 73.9%、「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」と回答した者が 72.1%、「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」と回答した者が 58.1%と困難度が高くなっていました。これらは患者の精神科治療に携わっている医療従事者や家族とも協力しながら意思決定支援を行っていくことが重要です。

### (3) セルフケア能力、アドヒアランスの評価および評価に基づいた患者支援の提案

#### (事例 10, 11)

##### 具体的な取組の内容

患者の診察と、総合的な情報収集をもって評価を支援する。

##### 取組のポイント

- ・ がん治療に対するアドヒアランスと、精神科治療に対するアドヒアランスは異なることがあり、受療能力を過小評価しないようにする。
- ・ 医療同意能力の評価(理解、認識、論理的思考、選択の表明)を行う。
- ・ これまでの治療状況と自己管理能力や支援体制（キーパーソンとの関係性、キーパーソンの協力状況や、訪問看護利用など）を確認する。
- ・ どの程度安静保持が必要なのか、どのようなセルフケアが必要なのか、知りたい情報を明確にした上で、情報提供書を依頼する。

##### (参考資料)

- ・ (参考資料：一般社団法人日本意思決定支援推進機構 意思決定支援サポートセンター「医療従事者向け意思決定支援ガイド 第2版」  
<https://www.dmsoj.com/medicalconsent>)

##### 具体的な取組の内容

かかりつけ医など関係者と入退院前のカンファレンスを行う／カンファレンスの開催を提案する。

##### 取組のポイント

- ・ がん医療に馴染みのない精神保健福祉従事者にとっても支援がしやすいような説明や情報提供の工夫を行う
- ・ ウェブカンファレンスも活用する
- ・ かかりつけ精神科医療者が身体治療についてがん医療機関に相談する際の窓口を明確にする。

##### 【背景】

がん診療連携拠点病院のがん医療従事者を対象に行ったアンケート調査では、「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」と回答した者が68.9%でした。また、「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」と回答した者は 69.8%であり、がんケアにおいて必要な能力の評価はとても難しいと考えられていることが分かります。これらの課題について、精神科からのサポートが充実するほど困難度が低下することが示唆されています。

#### (4) 身体症状の評価に関する提案

##### 具体的な取組の内容

精神症状の影響で身体症状の評価が困難な場合は、精神症状担当チームは身体症状の尋ね方やアセスメントの仕方について提案を行う

##### 取組のポイント

- ・ 予想される身体症状について、患者のケアに関わる医療者間で情報共有を行う。
- ・ 疼痛などの苦痛度は表情スケールを用いて患者が評価しやすく工夫することを提案する。
- ・ 肯定文と否定文の両方を用いて質問したりするなど尋ね方を工夫することを提案する。
- ・ 予測される身体症状や副作用をわかりやすく書面にまとめる等、視覚情報も用いてあらかじめ本人に説明し、「このようなことがあったら教えてください」と伝えておくことを提案する。
- ・ 訴えが少ない／訴えが過剰で評価が困難な場合は、バイタルサイン、表情、フィジカルアセスメント、体動等からアセスメントする必要があることを共有する。

##### 【背景】

「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」と回答したがん医療従事者は 66.9%であり、多くの医療従事者が難しさを感じています。統合失調症患者は痛みに鈍いとされる一方で、うつ病患者は痛みをより強く訴えやすいことが知られています (Stubbs Bら、Pain、2015. Thompson Tら、J Pain、2016. )。精神障害者では、身体症状を精神症状によるものとみなされてしまう傾向 (diagnostic overshadowing) があることも知られており、注意が必要です (Jones Sら、Acta Psychiatrica Scand、2008. )。

## (5) 精神症状への対処方法の提案と患者に対する直接支援

### (事例 12)

#### 具体的な取組の内容

精神症状担当チームは、患者との関わりや精神症状の対応についてがん医療者スタッフからの相談に乗り、直接的／間接的な患者支援を行う。

#### 取組のポイント

- ・ 調子を崩したときにどのような症状が出現するのか、その対処方法についても、家族やかかりつけ医、利用施設等にあらかじめ確認し、スタッフ間で共有しておく。
- ・ 患者本人へのモニタリングという観点だけでなく、がん治療チームの安心感も考慮に入れて往診の頻度を検討する。
- ・ 頓服内服の目安、対応方法など看護師に指導する。
- ・ 必要なケースでは、内服不能となった際の指示を提案する。
- ・ 精神症状によっては、治療の延期や中断の判断をがん医療チームとともに行う。
- ・ 病状にあった病室環境について提案を行う／精神症状によっては精神科病棟での管理を考慮する。
- ・ 必要時には精神科かかりつけと連携して精神症状治療のマネジメントを行う。

#### 【背景】

「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」と回答した者は 64.9%、「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」と回答した者は 64.6%、「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」と回答した者は 56.2%、「患者の精神症状をさらに悪化させるのではないかという懸念のため、がんの診断や治療について説明することが難しい」と回答したものは 53.9%と、精神症状への対応ニーズは当然大きいものとなっています。これらの課題も、精神科からのサポートが充実するほど困難度が低下することが示唆されています。

## 6.地域、病院レベルの受診前アプローチ

### (1) 組織レベルの介入

#### 望まれる具体的な取組の内容

- ・ 院内広報誌などで精神症状担当チームの活動について発信したり、分かりやすいカルテ記載の工夫などを行う。
- ・ 院内研修会の開催（顔の見える関係づくり）。
- ・ 研修医教育の充実を図る。
- ・ 患者対応マニュアルを作成する。

#### 【背景】

「精神障害者のがん治療に対応するための、病院内体制」についてがん医療従事者に尋ねたものでは、「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、研修が不十分だ」と回答した者は 47.8%、「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ない」と回答した者は 40.1%でした。これらに対しては組織レベルの取り組みが必要になります。先行調査では望まれる取組として上記のような内容が挙げられました。

### (2) 地域レベルの介入

#### 具体的な取組の内容

- ・ 精神科病院協会などを通じて、単科精神科病院に対する本プログラムの紹介や、精神障害者に対するがんを含めた身体的健康の支援に関する啓発等を行う。
- ・ 地域医師会などを通じて、身体科かかりつけに対する精神障害者のがん診療格差に関する課題の啓発や、本プログラムの紹介を行う。

#### 【背景】

「がん医療者と精神医療者の連携の困難さ／不十分さ」に関する認識を尋ねた質問の中では、「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」と回答した者が 56.6%、「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」と回答した



者が 48.9%でした。地域におけるがん診療連携拠点病院と単科精神科病院間の連携を強化する必要性の高さが伺えます。

## 7. 事例集

### 事例 1) 外来初診の時点から精神科が相談を受け、入院治療の支援にあたった事例

#### 40 歳代男性、重度知的障害、上顎がん

重度知的障害の既往があり、IQ は 16。施設に入所しており、言語的なコミュニケーションは出来ず、施設では爆発的に興奮したり、気に入らないことがあると机をひっくり返したりすることがあり、月に数回程度リスパリドンの頓服を使用していた。施設職員が口腔内の異常に気がつき、上顎がんと診断され手術目的に頭頸部外科の外来を紹介初診した。近日中の入院予定となったが、外来担当医が精神症状担当チームの介入を要すると判断し、診察終了後に精神科へ相談した。精神科医は入院期間、診察時の患者の様子、入院中の付き添いの有無をがん治療医に追加で確認した。その上で、入院中は精神科リエゾンチームが多職種で連日の往診を行う方針とした。また同時に精神科医の指示で、主治医より患者の嗜好や生活上のこだわりについてかかりつけの精神科に情報提供の依頼を行った。入院後は精神症状担当チームが対応の工夫について医師、病棟スタッフらに提案をしながら、不穏に対する必要な薬剤調整も行い、周術期を無事乗り越えることが出来た。予定通り 2 週間の入院期間で施設へ退院となった。

### 事例 2) がん治療の経過中に精神症状が問題となり、医療者間での相談による間接的支援を行なった事例

#### 60 歳代女性、統合失調症、大腸がん

幻覚妄想などの症状で精神科病院へ複数回の入院歴がある。入院中のネガティブな体験から、治療中断を繰り返していた。かかりつけ精神科への通院が安定し、幻覚妄想が落ち着いていたタイミングで大腸がんが発覚し、がんの入院治療を受けることができた。しかし、退院後に化学療法を導入するために外来受診をしたところで精神科治療を中断していることが判明した。今後のがん治療への影響を心配したがん治療医の説得に応じて院内の精神科を受診した。本人は「もう数年しか生きられないのだから、精神科と関わらずに余生を過ごしたい。がんの治療はきちんと受けます」とがん治療への強い意欲と、精神科医療への拒絶を語り、精神科通院の継続は困難であった。がん治療医と協議し、精神科医による直接的な患者介入はなくとも、有事のコンサルテーションを精神科担当医が受けるという形でがん治療を続けていく方針となった。化学療法を開始して半年以上が経ったところで妄想と思われる訴えが増加し、時に苛立った態度がみられるようになった。精神科担当医に連絡が入り、カンファレンスを実施して、化学療法のレジメンを de-escalation することを提案する方針で合意。その後は副作用が軽減された影響か、妄想を訴えることは以前よりは減り、化学療法を継続することができている。

### 事例 3) 甲状腺がんの手術入院中に、精神科担当医が単独で往診した事例

#### 60 歳代女性、うつ病、甲状腺濾胞がん

40 歳代に抑うつ気分、罪業妄想、食欲不振などの症状を認めるようになり、3 回の入院歴があるが、過去 10 年は寛解を維持しており月 1 回の精神科通院を継続していた。夫と 2 人暮らしで、家事などは全て本人が行ってきた。頸部腫瘤を主訴に受診し、甲状腺濾胞がんが疑われ手術目的に外科へ入

院となった。特に抑うつ的な印象を外科担当医らは感じなかったものの、抗うつ薬や抗精神病薬などの向精神薬を複数種類内服していたため、入院翌日に周術期の精神症状管理について精神症状担当チームが相談を受けた。精神症状担当チームはかかりつけ精神科に情報提供の依頼をし、抑うつ症状の悪化を長く認めていないことを確認した。本人も落ち着いた様子で精神症状の経過を概ね正確に説明できており、甲状腺がんが疑われて手術加療となることへの理解も良好であったため担当医が単独で定期往診を行う方針とした。周術期の疼痛や集中治療室で受ける治療への不安を語ったため、周術期はやや頻回の往診や調整を行ったが、一般病棟に戻った後は週 1 回程度の定期往診で問題なく入院治療を終了された。

#### 事例 4) 心理師、看護師を含む多職種で連日往診を行った事例

##### 20 歳代女性、中等度知的障害、子宮頸がん

両親と 3 人暮らしをしている中等度知的障害の女性。検診で子宮頸がんを指摘され、手術目的に当院婦人科を外来受診し、婦人科病棟へ予定入院することになった。入院当日付で精神症状担当チームへのコンサルテーションオーダーがあり、「気に入らないことがあると大きな声が出て怒ることがあり、かかりつけから抗精神病薬が処方されている」、「排泄や食事は自力で可能だが、入浴などは介助が必要」、「言語的なコミュニケーションは最低限のみで痛みなども上手には訴えられない」、「身体治療の理解も難しく、がんであることの告知はされていない」などの事前情報から、心理師、看護師と精神科医の 3 名で連日往診を行った。術前には安心感を得てもらうために手術室を事前に見にいってもらう、術後の疼痛コントロールは通常以上に積極的に行ってもらい、極力本人が慣れているスタッフで対応を行う等の周術期のイベントに合わせて対応に関する提案を行った。また易怒性や夜間の不眠に対して向精神薬の調整などを行った。術後疼痛が最も強かった時期は不穏のために一時身体的抑制を要した以外は機嫌良く過ごせる時間も長く、術後合併症なく入院後 1 週間で自宅退院した。

#### 事例 5) がん治療を受ける意思は明確であったが、精神科治療への拒否が強く、コンサルテーションのみで対応することを選択した事例

##### 60 歳代女性、統合失調症、大腸がん

幻覚妄想などの症状で精神科病院へ複数回の入院歴がある。入院中のネガティブな体験から、治療中断を繰り返していた。かかりつけ精神科への通院が安定し、幻覚妄想が落ち着いていたタイミングで大腸がんが発覚し、がんの入院治療を受けることができた。しかし、退院後に化学療法を導入するために外来受診をしたところで精神科治療を中断していることが判明した。今後のがん治療への影響を心配したがん治療医の説得に応じて院内の精神科を受診した。本人は「もう数年しか生きられないのだから、精神科と関わらずに余生を過ごしたい。がんの治療はきちんと受けます」とがん治療への強い意欲と、精神科医療への拒絶を語り、精神科通院の継続は困難であった。本人の精神科医療への拒絶感を考慮し、敢えて精神科医による直接的な患者介入はせず、有事のコンサルテーションに対応する形でがん治療を続けていくことが望ましいと外来主治医と合意した。化学療法を開始して半年以上が経ったところで妄想のような症状を外科主治医の前で「誰かが自宅に侵入してくる、包丁を抱えて過ごしている」等の妄想発言

が見られるようになったとの報告を受け、がん治療医、腫瘍センター外来看護師、精神科担当医でカンファレンスを開催した。院内での危険行動があった際や身体的救急で搬送された際の対応の流れも含めた流れを確認した。また、化学療法の副作用が負担になって精神症状が増悪している可能性も考えられたため、化学療法のレジメンを de-escalation する方針で治療者間で合意した。その後は副作用が軽減された影響か、妄想を訴えることは以前よりは減り、化学療法を継続することができている。

#### 事例 6) 治療チームが精神障害に配慮したコミュニケーションを心がけたことで入院環境に適応しながらがん治療を導入できた事例

##### 60 歳代女性、妄想性障害、子宮体がん

20 年前より「カルト宗教団体から電磁波被害を受けている」との訴えが見られ、頭にアルミホイルを巻くなどの言動が見られていたが、病識はなく精神科の受診は拒否していた。生活には大きな問題がなく、夫と二人暮らしを続けていた。X 年 Y-4 月に他院で子宮体がんと診断され治療が必要と説明されていたが放置しており、多量の性器出血を認め Y 月に当院へ救急入院した。子宮体がんについては化学療法の適応と考えられたが、入院後も「電磁波に攻撃されている」との発言を常にしており、婦人科治療前に精神科へ紹介となった。精神科薬物療法への了承は得られなかったが、診察そのものへの拒絶はなかったため、精神科医、看護師、心理師のチームで往診を行い、評価を行った。がん治療チームに対して、妄想性障害の疑いがあることを説明し、現実には起こっていることを妄想に結びつけて考えてしまうと、意思疎通には問題がなく、がん治療に関する意思決定能力は保たれていることを共有した。さらに、同居の夫にも対応の仕方について確認を行い、視覚情報をなるべく用いるのが望ましいことや、本人が語る妄想に関しては肯定も否定もせず聞くのがよいと思われるなどの助言をがん治療チームに対して行った。がん治療チームはそれを受け、カルテ上に対応の方法について記載し、スタッフ間での情報共有を行った。最終的に「薬漬けの治療はしたくない」と本人が強く語るため化学療法は行わない方針となったが、手術への同意は得られたため全身状態が落ち着いたところで自宅へ退院となり、後日再入院して手術を行う方針となった。精神科チームの提案に沿った対応を心がけたところ病棟内での適応は悪くなかったため、再入院時も婦人科病棟へ入院となり、周術期も問題なく過ごすことができた。

#### 事例 7) 手術にむけた意思決定支援を行い、最終的に手術を行わず転院する方針になった事例

##### 60 歳代男性、知的障害、喉頭がん

知的障害の既往があり療育手帳 B を取得していたが精神科通院歴はなかった。両親と同居していた自宅で現在は独居し、近隣に住む姉や友人のサポートを得ながら生活をしてきた。生活パターンは常同的で、時に自分の思いが通らないことがあると道路に寝そべるなどの衝動的な行動を認めていた。未治療の喉頭がんのために呼吸困難症状を呈するようになり、本人が救急要請。気道緊急として当院へ救急搬送され、本人と姉の同意で気管切開術が施行された。根治を目指すためには口頭摘出術が必要であると頭頸部外科より判断されたが、繰り返し説明を行っても「声が出なくなる手術は受けたくない」、「手術をしないとチューブは抜去できないのにも関わらず」手術はせずに家に帰りたい、「(医学的にはチューブを抜去すると直ちに死に至る状況にも関わらず) チューブを抜いて穴を縫って欲しい、そうしたら元気

になれる」と言い続ける状態であり、意思決定能力の評価と説明時の工夫について精神症状担当チームが相談を受けた。精神科医はうつ状態や幻覚妄想状態ではないことをまず評価した。また、情報量が多くなりすぎないようにコントロールした上でイラストや図を用いて説明することや、説明の際に姉や友人の同席をすることを頭頸部外科に対して推奨した。数週にわたって説明を繰り返す中で、少しずつ本人の中で理解が進み、「チューブを抜いて傷を縫ってほしい」という訴えは最後まで続いたものの「チューブを抜いて僕が死んで、先生が警察に捕まるのは嫌だ」と話すようにもなった。また、「声が出なくなるのは嫌だから、出なくなるような手術はしたくない。でもチューブがあるままだと家に帰れないから、転院しないといけないのも分かった。」とも話した。姉や友人とも本人の推定意思について協議をし、自宅には帰れないことにはなるが口頭摘出術は行わないことを本人も選択し、転院を進める方針となった。

#### 事例 8) かかりつけ精神科と共同した意思決定支援によりがん治療導入に至った事例

##### 60 歳代女性、統合失調症、大腸がん

20 歳代に統合失調症と診断され、精神科病院に入退院を繰り返していたが、家族が高齢となり自宅での受け入れが困難となったことを契機に長期に精神科病院に入院している。入院中も無為自閉に過ごすことが多く、作業療法などへ時に参加するが、その後に被害妄想が出現し、再び参加を拒否することを繰り返している。外出・外泊も被害妄想が増悪するため、頻回にできずにいる。

抗精神病薬と抗パーキンソン薬の影響もあり便秘傾向にあったが、腹痛の訴えがあったため、便潜血反応検査を実施したところ陽性反応を示した。精神科病院のスタッフに付き添われ A 総合病院の内科を受診したが、当初は大腸内視鏡検査を拒否していた。精神科病院に戻った後も精神科病院のスタッフが患者に分かりやすく、検査の必要性、検査の具体的な様子、検査ののちに再び精神科病院に戻ることができることなどを説明し、検査に同意した。検査の結果、大腸がんが見つかり手術適応と判断されたが、ここでも患者は病状の理解が不十分で、手術を拒否した。外科のスタッフの説明に同院の精神科チームのスタッフが同席し、患者の理解度を確認しつつ説明が行われたが、それでもその場では「わからない」と不安そうにした。強い拒絶ではないが、理解しづらい内容への不安から治療を拒否しているものと思われた。がん治療同意には時間を要するものと判断し、患者との信頼関係が構築されている精神科病院のスタッフに時間をかけて説明してもらうことを依頼した。精神科病院に戻った後は、なじみの看護師、精神科主治医、ソーシャルワーカーらが、患者の理解度や不安・懸念に配慮しながら、日を変えてわかりやすく説明を繰り返した。患者の不安が軽減できるよう、その都度、病気や症状への対応方法があること、治療が可能であること、総合病院での入院の治療の様子や精神科病院に戻ってくる予定などが丁寧に説明されたところ、手術に同意し、治療が完遂できた。その後、定期的に総合病院を受診し経過を観察しているが、再発なく 3 年経過し、患者も「治療してよかった」と精神科スタッフに話している。

#### 事例 9) 精神症状に対する治療によって手術への拒否は撤回したが、正常な思考能力のもとで術後化学療法は受けないことを改めて意思決定した事例

##### 50 歳代女性、統合失調症、乳がん

X-4年より体感幻覚や幻聴が出現、X-1年に妄想体験に左右されて自殺企図をはかり統合失調症として入院治療を行った。薬物治療で精神症状は改善したが、病識に欠け、信仰する宗教などの影響もあって全ての薬剤に対して抵抗が強く、退院後まもなく通院を中断した。その後、たまたま受けた市のがん検診で乳がん疑いを指摘されたが、家族が進めてもその後の精査を受けなかった。数か月後に、幻覚妄想で再発し、昏迷状態で当院へ再入院となった。入院後、精神症状が改善したタイミングで精査を受けて乳がんの診断が確定した。当初は、妄想的な解釈も加わり、「いつか小さくなるので、手術はいいです。無理なら緩和でお願いします。」と拒否した。丁寧に思いや不安を傾聴する中で、手術だけは受けておきたいと自ら希望された。不安の強さから精神科病棟での入院継続を希望し、乳がんに対する手術を施行後に退院した。その後は、統合失調症としての病識が高まり、定期通院し抗精神病薬も几帳面に内服され、精神症状は寛解を維持した。改めて術後化学療法の説明を受け、家族や精神科主治医に相談しながら数ヶ月にわたって悩んだが、最終的に、元来からの宗教観や死生観を踏まえ、自然に経過をゆだね、今後は進行にあわせて緩和ケアを受けたいと意思表示された。

#### 事例 10) 精神症状やセルフケア能力の評価を精神症状担当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

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。X年初頭より倦怠感を訴えることが増え、著明な貧血と発熱を認めたことからA総合病院（精神科病棟なし）に入院した。精査の結果、腎細胞がんと診断され、発熱などはこれによる慢性炎症が原因と考えられた。検査内容の理解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B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できた。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、同意能力や受療能力の評価を行い、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を共有した。また、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で治療継続が可能であることも共有した。泌尿器科医と合同で病状説明を行って、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。

#### 事例 11) かかりつけ精神科と入退院前後の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

20歳代で結婚後に統合失調症を発症し、「子供を沢山妊娠している」といった妄想や幻聴のために、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。訪問看護スタッフの勧め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。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ことが分かったため、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総合病院精神科外来を受診することになり、精神症状や自己管理能力を評価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、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い、精神症状の大きな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が、患者一人では対応が難しいと考えられたため、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、精神科訪問看護が服薬管理を合わせて行うなど、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精神科治療の計画を見直した。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。

事例 12) 精神科かかりつけと連携した精神症状治療のマネジメントを優先し、精神科病棟での管理のもとで手術を行えた事例

60歳代女性、統合失調症、乳がん

統合失調症の既往があるが、かかりつけが訪問看護で支えながら幻覚妄想症状も落ち着いた状態で独居生活を続けていた。乳がんの手術目的に外科病棟に入院したが、入院当日に手術の具体的な話を聞いて不安を強め、院内外出中に手持ちの薬を大量服薬した。幻覚妄想症状の悪化も認めため、院内精神科チームが介入し、かかりつけに転院して精神科治療を受けることを優先した。症状が改善したため再度手術を受ける方針となったが、かかりつけと院内精神科チーム、院内外科が協議し、精神科病棟に入院して周術期の精神症状管理を行いながら手術に臨むこととした。手術は無事に終了し、退院後の必要な創部ケアについて情報提供を受けた上でかかりつけ精神科とケア会議を本人も交えて行った。最初は退院後の生活に不安を感じる本人だったが、かかりつけも交えて丁寧に話を進めたことで本人も少しずつ安心するようになり、訪問看護の頻度やデイケア利用の追加などの準備を検討し、自宅に退院した。

## 8. 巻末資料

### 巻末資料 1：個別の精神疾患の特徴に合わせたコミュニケーションの工夫についての提示

岡山大学病院精神科リエゾンチームでは、個別の精神疾患に応じたコミュニケーションの工夫を提示するカルテテンプレートを作成してチーム内で共有しています。紹介があった患者に対しては評価を行った上で、個別の具体的なコミュニケーションの工夫について、そのポイントをカルテに記載してがん治療チームへ提示しています。

#### ①個別の精神疾患の特徴に合わせたコミュニケーションについてのカルテテンプレートの例

##### 発達障害の特性を有する患者向け 対応の工夫

##### ★抽象的・曖昧な表現は理解しにくく、視覚的情報が有効なことがあります。

(対応方法)

- ・ 説明や質問をする際は、具体的、簡潔に、短い言葉で行いましょう。  
例)「痛みはありますか?」「どこが痛いですか?」  
「痛みの程度はどのくらいですか」※数値/フェイススケールを示しながら  
「今から3つお伝えします。①～～、②～～、③～～」(順を追って示す)
- ・ 複数のことを伝える場合には、紙面化し、絵や図・写真を利用するなどの工夫をしてみましょう。
- ・ 口頭で伝える際には、ご本人に要点を書きとめてもらうよう促すと良いかもしれません。

##### ★見通しが持てないと不安が強くあらわれる場合があります。また、環境変化や急な予定変更が苦手です。

(対応方法)

- ・ 可能な範囲で、あらかじめ予定を伝えておきましょう。  
例)「また訪問します」→「今日の午後訪問します」  
「今日は〇時頃に〇〇検査があります、〇分ほどかかります」
- ・ 一貫した態度で接する、呼び方を統一するなど、スタッフ間で話し合っておくといいかもかもしれません。
- ・ 家族の付き添いや、本人が普段愛用している日用品(タオルケット、ぬいぐるみ、本、PC など)が近くにあると安心感が得られやすいかもしれません。

##### ★特定の事柄や行動パターンへのこだわりをもっている場合があります。

##### ★医療者が制止したり一方的に管理したりすると、混乱する可能性もあります。

(対応方法)

- ・ 治療上許可できる部分は可能な限り、本人のペースを尊重し、見守りましょう。

##### ★感覚過敏または鈍感な場合があります。

(対応方法)



- ・ 聴覚の過敏さがある場合には、耳栓を使用してもらい、環境音をできるだけ抑えるよう工夫してください。
- ・ 室温や着衣を調整するなどの工夫をしてみましょう。

#### 知的障害を有する患者向け 対応の工夫

- ★言葉による説明などは理解しにくいいため、ゆっくり、ていねいに、分かりやすく説明してあげてください
- ★文書は漢字を少なくしてルビを振り、文書をわかりやすい表現に直すなどの配慮をしてください
- ★写真、絵、ピクトグラムなど分かりやすい情報提供の仕方を工夫してみてください
- ★説明が分からない時に提示するカードを用意したり、本人をよく知る支援者が同席するなど、理解しやすくなる環境を工夫してください
- ★検査室や処置室をあらかじめ見学してもらって、本番の際になるべく安心できるようにしてみてください
- ★検査や治療時の必要な安静についての理解をしてもらうことが難しい場合は、ご家族の付き添いも検討してみてください

#### 認知症・認知機能低下が疑われる患者向け 対応の工夫

- ★説明など行う際は口頭のみでなく**文書で示す**など、**視覚情報**を用いていただければ幸いです。
- ★自室がわからなくなる可能性があるため、本人や家族の同意を得た上で、自室であることを明記したり、トイレまでの道筋を分かりやすく表示するなどの工夫をお願い致します。
- ★見当識障害が疑われますので、リアリティオリエンテーション(普段の会話に見当識をおぎなう単語を入れるなどの工夫)をお願い致します。  
(例:「朝ご飯をお持ちしました」、「朝 10 時になりましたので、検温に伺いました」等)
- ★〇〇の治療のために岡大病院に入院／点滴していることを日々の会話に取り入れて説明するなどの工夫をお願いいたします。
- ★OT・PT 導入の検討や日中のケアや〇〇治療の時間を定時設定するなど、活動リズムの工夫をご検討ください。その上でご本人と共有し、1 日のスケジュールを自室の見えるところに掲示するなど工夫をお願い致します。
- ★ライン類はなるべく最小限にしてください。
- ★入院前の生活環境や生活リズム、トイレのタイミングなどを確認して、環境調整をご検討ください。
- ★環境に慣れるという点から、関わるスタッフを特定し、顔なじみをつくっていけるよう可能な限り調整をお願い致します。
- ★箸やコップ、時計やカレンダー、写真など馴染みのあるものを持参してもらい、安心感が得られ

るようにしてください。

★拒否がある場合には、その背景には痛い、トイレに行きたい、動きたい、食べたい、など何らかの欲求や要因があると考えられます。本人が自発的に訴えることが難しい場合もあるので、身体状態や本人の言動をこまめに観察して把握するなど他覚的な評価が重要になります。

★内服拒否がある場合には、内服薬の優先順位をつけ、タイミングをはかりながら声かけをしてください。

★ご本人が自身のことに精一杯になっており、視線が合いにくい場合では、一旦引いてください。その場で完結させる必要はなく、再度介入のタイミングをはかってみましょう。