

脳転移、代謝障害、呼吸障害などが関連している(表2)^{4)・6)}。

薬剤は、せん妄の原因全体の20～40%を占め、ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、H₂ブロッカー、免疫抑制剤、抗コリン作用を有する薬剤などが原因薬剤としてあげられることが多い。オピオイドはせん妄の原因として多いが、モルヒネの代謝産物であるM6Gが鎮静効果を有するためである。多剤投与もせん妄の原因となる。特に注意すべきは、抗コリン作用を有する薬剤であり、これらは特に高齢者において注意・集中力の障害を引き起こす。トリヘキシフェニジル、ピペリデンなどの抗コリン薬はもちろんであるが、テオフィリン、ジゴキシン、ワルファリンなど一般的に使用される薬剤にも抗コリン作用のあることを覚えておきたい。

環境因子としては、新しい環境(入院)、活動

性の低下、聴覚、視覚の低下などがある。

せん妄の臨床症状と臨床類型

1. 臨床症状

せん妄の臨床症状(表3)は多彩であり、これがあれば、診断が確定するといった特有の症状はない。症状は中核症状と周辺症状に分けられるが、中核症状は、見当識、注意、集中など意識の障害である。これらの症状に加えて、思考障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、感情面での障害などの精神症状を伴う。

初期症状は不安、抑うつ、怒り、精神病症状と類似しているため、性格の変化ととらえられることもある。この症状は2～3日続き、せん妄症状へと移行する。

意識レベルの低下は失見当、注意・集中の困難が中心で、昏睡のような深い意識障害を呈することはない。意識レベルは動揺性の経過をたどることが多い。意識レベルの低下は時間により変動するため、意識レベルをめぐってスタッフ間でも意見の相違がみられることもある。

明らかな失見当、つじつまの合わない言動などがあれば意識障害と診断するのは容易であるが、軽度の場合は鑑別困難な場合がある。せん妄評価スケールを用いて診断することもあるが、ごく軽度の意識障害の場合は、注意の集中(具体的には数字の逆唱で6桁が言えるかどうかなど)、一日

表1 せん妄の危険因子

個人の有するもの

高齢、認知障害、がん以外の重篤な合併症、せん妄の既往、薬物・アルコール依存の既往、がん性髄膜炎、脳炎、脳転移、代謝・呼吸障害

薬剤によるもの

ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、H₂ブロッカー、免疫抑制剤、抗コリン作用を有する薬剤、多剤投与

環境によるもの

新しい環境(入院)、活動性の低下、聴覚・視覚の低下

表2 がん患者におけるせん妄の主な原因

- 薬剤性：モルヒネ、睡眠薬、ステロイド、H₂ブロッカー
- 代謝性：高カルシウム血症、低ナトリウム血症、脱水、低血糖、高血糖、肝不全、腎不全
- 脳障害：脳転移、がん性髄膜炎
- 呼吸器系：低酸素脳症、CO₂ナルコーシス
- 感染症、敗血症
- 発熱
- 播種性血管内凝固症候群(DIC)

表3 せん妄の臨床症状

中核症状	-意識レベルの低下 見当識障害 注意力低下 集中力低下
周辺症状	思考障害 感情変化 睡眠リズムの障害
その他症状	症状の動揺性

の様子を見て気分、言動に変動があるか否かを見ながら総合的に判断を行う。

精神症状としては、妄想的になる場合、抑うつになる場合などがある。これら精神症状のため、抑うつと間違えられることがあり、抑うつとの併診理由で受診した患者の42%がせん妄であったとの報告もある⁷⁾。

せん妄と抑うつとの鑑別はとても重要である。なぜなら、せん妄がうつ病と診断され、抗うつ薬の投与が行われると、抗うつ薬には抗コリン作用を有する薬剤が多いので、せん妄が悪化してしまうからである。

2. 臨床類型

臨床類型としては、精神症状の程度から、過活動型、低活動型に分類される(表4)⁸⁾。過活動型せん妄は幻覚、妄想、焦燥感、失見当があり、臨床の現場では静脈ラインの切断、バルーンカテーテルの引き抜き、ベッド柵を乗り越えて転落するなど、いわゆる“問題行動”が多いので気づきやすい。これに対して、低活動型せん妄の場合、鎮静が主症状であり、いわゆる「大人しい患者さん」である。幻覚、妄想、焦燥感は顕著ではないため、見逃されることが多い。

せん妄症状は、患者にとってどのように感じられているのであろうか。せん妄から回復した患者への調査報告では、活動性の有無、症状にかかわらず、苦痛を感じていた患者の多いことが指摘されている⁹⁾。

せん妄は見落とされる率の高い病態であり、その割合は、約3～6割といわれている¹⁰⁾。せん妄といえば、失見当があり、徘徊、静脈ラインを切断するなどといった行動異常を伴うものと考えがちである。しかし、これはせん妄に対する誤ったイメージであり、この認識では低活動型のせん妄を見逃す原因となる。

せん妄の基本となるものは、意識レベルの低下である。精神症状の多寡はあくまでも副次的なものであることを認識しておきたい。

表4 症状による分類

過活動型

幻覚、妄想、焦燥感、失見当

低活動型

鎮静



せん妄の原因および臨床症状について概説した。皆様のお役に立てば幸いである。

参考文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, JAMA, 249: 751-757, 1983.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients, Cancer, 76: 1131-1137, 1996.
- 3) Morita T, Tei Y, et al: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients, J Pain Symptom Manage, 22: 997-1006, 2001.
- 4) Onishi H, Kawanishi C, et al: Successful treatment of Wernicke encephalopathy in terminally ill cancer patients: report of 3 cases and review of the literature, Support Care Cancer, 12: 604-608, 2004.
- 5) Meagher DJ: Delirium: optimising management, BMJ, 322: 144-149, 2001.
- 6) American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with delirium, American Psychiatric Association, 1999.
- 7) Farrell KR, Ganzini L: Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients, Arch Intern Med, 155: 2459-2464, 1995.
- 8) Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states), JAMA, 258: 1789-1792, 1987.
- 9) Breitbart W, Gibson C, et al: The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses, Psychosomatics, 43: 183-94, 2002.
- 10) Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients, Am J Med, 97: 278-288, 1994.

がん患者のせん妄を どのように診断するか

おのせまさなり
小野瀬雅也

済生会横浜市南部病院神経科・部長

Keywords

せん妄 DSM-IV Delirium Rating Scale (DRS)
認知症 抑うつ 不眠

診断基準

せん妄は、身体疾患を背景とすることが多く、「急性可逆的な意識障害であり、症状が変動する」脳器質性精神障害であることを抑える。不明言動が多いほど過活動型 (hyperkinetic) せん妄の発見は容易となる。臨床現場でしばしば観察される幻覚・妄想は診断基準に含まれない。表1に米国精神医学会 (DSM-IV) による診断基準¹⁾をあげた。診断基準Aの補足説明として、表2に原田のいう「軽い意識障害」のとらえ方²⁾をあげておく。臨床上の着眼点として有用である。

評価尺度

せん妄の評価尺度としては表3のTrzepaczのDelirium Rating Scale (DRS)³⁾が有名である。10項目の32点満点で、24点以上が確実にせん妄と

される。ここ24時間以内に示した最も重い症状を得点とする。診察時に落ち着いているからといって低く得点してはならない。得点が12点以上を示すときは認知症 (単独診断) などとの重なり合いはないという。DRSの項目⁶⁾では認知テストの実施が必要となるが、実際の臨床現場では、見当識 (時間、場所、人) や物品呼称 (相互に無関係のもの)、簡単な計算 (100から7を何度か連続で引き算) などを行うことが多い。町田らの作成した「せん妄スクリーニング・ツール (DST)」⁴⁾は、このDRSをもとにして作成されたもので、あくまでもスクリーニングとはいえ、より簡便な印象がある。DRSの改訂版⁵⁾がTrzepaczによって作成されたが、こちらは詳細すぎて実地臨床では簡便とはいえないのではないかと。また、Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)⁶⁾の日本語版⁷⁾も作成されている。上記のなかからより使いやすいもので慣れていくとよい。

表1 身体疾患によるせん妄の診断基準 (DSM-IV)

- 周囲を認識する清明度が低下する意識障害があり、注意を集中、維持、転換する能力の低下を伴う。
 - 記憶欠損、失見当識、言語障害などの認知機能の変化や知覚の障害が出現するが、これは認知症によるものではない。
 - 症状は数時間から数日の短期間で出現し、1日のなかでも動揺しやすい。
 - 病歴、身体所見、臨床検査所見から、症状が身体疾患の直接結果によるという根拠がある。
- (高橋三郎・他訳：DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、1995。より引用)

日本病院薬剤師会雑誌 別刷

日本病院薬剤師会雑誌

*JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY
OF HOSPITAL PHARMACISTS*

Vol.44. No.12. 2008



社 団 法 人
日 本 病 院 薬 剤 師 会

②がん患者の適応障害、うつ病、せん妄の病態

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科
大西 秀樹 Hideki ONISHI

本稿では、がん患者に多く認められる適応障害、うつ病、せん妄の病態について解説する。

適応障害

1. 適応障害とは

適応障害は、「強い心理的ストレスを受けた際、予想されるよりも強い不安や抑うつ反応を呈し、日常生活上や職業上で著しい支障を生じるもの」と定義されている。がん患者の場合、診断、治療、再発、終末期など心理的な負荷が大きいため、適応障害を生じやすい。

2. 頻度

治療中患者の調査では、約3割が適応障害と診断される¹⁾。

3. 臨床症状

臨床的には、不安と抑うつを伴うものが多い。

4. 治療

精神療法と薬物療法が治療の基本である。

精神療法は支持的精神療法が中心。患者の話に耳を傾け(傾聴)、理解し(共感)、肯定、支持していく。薬物療法は抗不安薬を使用するが、精神療法との併用で効果が期待できる。

5. 症例から

54歳、女性

主訴：不安

家族歴・既往歴：特記事項なし

家庭環境：夫、高校生の長男、中学生の長女との4人暮らし

現病歴：

X-8年、乳がんにて左乳房切除術および腋窩リンパ節廓清術施行。術後、補助化学療法施行。

X-1年、鎖骨上リンパ節転移の診断。抗がん剤治療中に不安感を訴え、担当医が精神腫瘍科(以下、当科)の受診を勧めたところ、本人も希望し受診。

初診時所見：

再発が辛い、周囲に取り残された気がするなど、がんの再発・転移、死に関する不安、抑うつ、孤独感などが認められ、これら症状は再発後より生じているため適応障害と診断。支持的に接し、子供さんが未成年のため養育に関する不安も傾聴し、ともに問題解決の方向を探る

という方針で臨んだ。

経過：

当初は「残された時間が少ない」という焦りの感覚が強かったが、3ヵ月ほどで「まだ時間がある。できることはやろう」と、気持ちに変化が生じた。現在、不安を感じても日常生活への支障はない。

うつ病

1. うつ病とは？

うつ病は、気分の落ち込み、興味や関心の低下を主症状とし、集中力低下、自責感等の精神症状、不眠、食欲不振、体重減少、全身倦怠感等の身体症状も呈する症候群である。治療方針の決定等に対し負の影響を及ぼすため、適切な診断、治療が必要。

2. 頻度

治療中患者は13%¹⁾、終末期患者では10~25%という報告がある²⁾。

3. 危険因子

発症には、神経伝達物質の異常、家族的な要素、および社会心理学的な因子が関連しているが、がん患者では危機的な生命状況、全身状態悪化、疼痛、乏しい社会支援などの因子のほか、インターフェロン、ステロイドなどの薬剤も関連している。

4. 臨床症状

臨床的特徴として、気分が滅入って苦しく、趣味などに対する興味が喪失する。精神症状として、判断力低下、自殺念慮があり、身体症状として、不眠、食欲低下、全身倦怠感などがみられる。うつ病の症状ががんの症状と類似しているため、見落としが多い。

5. 診断

i) 抑うつ気分、ii) 興味・意欲低下のどちらか一方があり、iii) 睡眠障害、iv) 食欲低下、v) 制止、vi) 全身倦怠感、vii) 決断困難、viii) 自責感、ix) 希死念慮など全部で9項目のうち5項目が2週間以上続く場合、うつ病と診断する。

6. 治療

精神療法と薬物療法が基本。がん患者は体力、代謝の低下があるため、薬物療法では、せん妄、腸閉塞、転倒などに注意が必要。

7. 薬物療法

軽症ではアルプラゾラムを用い、中等症以上では抗うつ薬を使用する。選択的セロトニン再取り込み阻害薬、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬は副作用が少なく使用しやすい。経口不能の場合はクロミプラミンの点滴を行う。精神療法は支持的精神療法が中心で、傾聴、共感、肯定、支持が基本である。

8. 症例から

74歳，女性

主訴：めまい，ふらつき

家族歴・既往歴：特記事項なし

家庭環境：現在，夫，長女との3人暮らし

現病歴：

X年，息苦しさのためB病院受診。乳がん，がん性胸膜炎の診断。病状，治療方針，および予後の説明を受け，ホルモン療法開始。治療開始後よりめまい，ふらつき，痛みが出現。頭部MRI，耳鼻科では異常を認めず。ロキソプロフェン，硫酸モルヒネを服用するも症状改善せず，本人は治療中止を希望。3ヵ月後に治療中止。しかし，治療中止後も症状改善せず，精神腫瘍科初診。

初診時所見：

めまい，ふらつき，痛みが辛い。1ヵ月以上前から気分が滅入り，意欲もない。眠れない，食欲はない，体が動かない状態，周囲に迷惑をかけるので死にたい。

主訴は身体症状であるが，問診により抑うつ気分，興味・意欲の低下，睡眠障害，食欲低下，精神運動抑制，自責感，希死念慮が2週間以上認められ，うつ病と診断。

本人，家族に対し，うつ病であること，抗うつ薬の服用と安静の必要性を説明，自殺をしないよう約束した。また，ホルモン療法の中止はうつ病が軽快してから決めるよう伝えた。薬物療法はミアンセリン20mgを投与。

治療経過：

ミアンセリン投与後1週間で夜間の睡眠が可能となり，30mgに増量。2週後，睡眠，めまい，ふらつきも改善，ミアンセリン40mgに増量。3週後には食欲が改善し，ホルモン療法再開の希望あり。4週後ホルモン療法再開。めまい，ふらつきは消失。これらうつ病の症状と考えられた。

まとめ：

がん治療中にうつ病を発症。うつ病の身体症状が化学療法の副作用と混同され，治療が中断した。症状が消失しないため精神腫瘍科受診となり，うつ病の診断。治療により身体症状が消失し，ホルモン療法が再開できた。

せん妄

1. せん妄とは？

せん妄の実態は，種々の原因により脳機能が低下した「急性脳機能不全」状態である。

2. 頻度

緩和ケア病棟入院患者の28～44%，死亡直前患者の68～88%にみられるとの報告がある²。

3. 危険因子

危険因子として，準備因子，誘発因子，直接因子に分類される。

準備因子には，高齢，せん妄・アルコール依存の既往，認知障害，合併症などがある。

誘発因子には，入院，活動性の低下，聴覚，視覚の低下などがある。

直接因子として最も多いのは薬剤で，ベンゾジアゼピン系薬剤，オピオイド，抗コリン作動薬に多い。高Ca血症，低Na血症などの電解質異常，感染，DICなどがある。

せん妄誘発の因子は，平均して2～6個ある³。

4. 臨床症状

中心症状は，見当識，注意，集中など意識の障害で，意識レベルの低下は，外界認知の障害，失見当が主。これらに加え，睡眠リズムの障害，感情面での障害などを伴う。急性，亜急性の発症が多く，症状の消長も特徴である。初期症状は不安，抑うつ，怒りなど性格の変化にみえることがある。

活動性の状況より，過活動型，低活動型に分類される。過活動型せん妄は幻覚，妄想，焦燥感，失見当が著明であり，低活動型は混乱，鎮静が主症状であり，幻覚，妄想，焦燥感は顕著でない。

臨床の現場で見落とされる率が高く，その割合は約3～6割に上る。

5. 検査

せん妄は種々の原因があるため，原因検索が必要。薬剤性の原因は約20～40%といわれている。薬剤の投与時期とせん妄発現の時間的経過について検討し，疑わしい薬物は減量または中止する。

6. 診断

意識レベルの低下に加え，種々の精神症状を呈する場合，せん妄と診断。

7. 治療

(1) 一般的事項⁴

せん妄の治療は，原因を検索，発見し，除去または軽減すること，および合併症の予防である。同時に，環境調整および必要に応じて薬物療法を行う。原因が不可逆

な場合は、苦痛の緩和が治療目標となる。

(2) 保存的治療

保存的治療は、適切な刺激を与え、意識レベルを悪化させないことを目的とする。個室での治療が望ましい。見当識障害予防のため、見やすいカレンダー、時計、慣れ親しんだものを置き、不必要なものを置かない。視覚刺激のため、部屋を40～60Wの明るさに保つ。適当な音楽で聴覚刺激を行う。部屋の温度は低めに設定する。担当スタッフは最小限とし、明瞭で簡潔な言葉を用い、了解しやすいよう努める。

(3) 薬物療法

抗精神病薬が、けいれん、抗不安薬離脱せん妄以外での第一選択薬である。ハロペリドール、リスペリドン、オランザピンなどが使用されるが、いずれも適応外使用である。

8. 症例から

60歳，女性

主訴：夜間の異常行動

現病歴：

X-4年，乳がん，骨転移の診断。化学療法，放射線療法が行われたが病状は徐々に進行し，入院。数日して，不眠，夜間徘徊，意味不明の言動が出現し，精神腫瘍科併診。

初診時所見：

ぼんやりしており，病院であること，日付がわからない。

上記の症状，経過からせん妄の診断。採血にて，血清Ca値が14mg/dLと高値のため，ビスフォスフォネート製剤を使用。不眠に対してハロペリドール0.75mg使用。1週後，血清Ca値は正常に戻り，せん妄状態から回復した。

おわりに

がん患者に多くみられる適応障害，うつ病，せん妄の病態について解説した。皆様のお役に立てば幸いである。

参考文献

1. L.R. Derogatis, G.R. Morrow, J. Fetting *et al.* : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *JAMA*, **249**, 751-757 (1983).
2. H. Minagawa, Y. Uchitomi, S. Yamawaki *et al.* : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients, *Cancer*, **76**, 1131-1137 (1996).
3. T. Morita, Y. Tei, J. Tsunoda *et al.* : Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients, *J. Pain. Symptom. Manage.*, **22**, 997-1006 (2001).
4. D.J. Meagher : Delirium : optimising management, *BMJ*, **322**, 144-149 (2001).

がん患者の抑うつと自殺*

明智 龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学
准教授・名古屋市立大学病院 緩和ケア部 部長

Key Words** がん、抑うつ、自殺、サイコオンコロジー

はじめに

がんは1981年にわが国の死亡原因の第1位となった。以降もその座は変わらず、現在では、がんによる死亡者数は年間32万人を超え、総死亡者数の30%を占めるに至っている。がん罹患の最大の危険因子は加齢であるため、人口の高齢化を受け、現在、年間50万人以上が新たにがんと診断されている。がん治療は飛躍的に進歩し、がん患者の5年生存率が約50%にまで向上したが、それでもなお、今日においてもがんはわが国における致命的疾患の代表であり、がんと診断されること自体が大きなライフイベントになり得る。実際、がん患者においては高頻度に抑うつが認められることが知られている。また抑うつは、一般人口同様、がん患者においても自殺の最大の原因であると考えられており、自殺への有効な対策を考えるうえで、がん患者の経験する抑うつへの対応はきわめて重要である。本稿では、がん患者の抑うつおよび自殺に関して概説する。

がん患者の抑うつ

わが国における先行研究から、がん患者にみられるうつ病（いわゆる大うつ病）の有病率は3～10%程度であり、これに適応障害を合わせると、抑うつの有病率は、がんの種類、病期を問わず15～40%にのぼることが示されている¹⁾。がん患者の抑うつの危険因子には、痛みや身体的機能

の低下などがんに関連するものに加え、患者自身の心理社会的因子などさまざまなものが示されている（表1）。

このようにがん患者は、抑うつのハイリスク群であることが明らかになる一方、がん医療の現場では、患者の経験する抑うつの多くが看過されており、その結果、抑うつを合併したがん患者のほとんどが適切なケア、医療を受けていないのが現状である²⁾。抑うつが看過される原因としては、医療サイド、患者サイドの双方に要因が存在するが、がん医療に携わるスタッフの精神症状についての知識およびトレーニング不足と、がん患者の心のケアに従事する精神保健の専門家の絶対的な不足が最も大きな問題であろうと推測されている。いずれにしても、冒頭で述べたがんの罹患患者数を考えれば、がんに伴いいかに多くの新たなうつ病患者が生まれているかを想像することは難くないであろう。

がん患者の希死念慮、自殺

がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」「早く逝かせてほしい」「安楽死させてほしい」などの言葉が聞かれることは決してまれではない。また、ときとして実際に自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される。周知のようにわが国では、1998年以降11年連続して自殺者が3万人を超えている。また、わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、がんが最多であったことが報告されている³⁾。

内外の先行研究からは、進行・終末期のがん患者においては希死念慮が10～20%程度にみられることが示されている^{2, 3)}。そして、その背景には、痛みを始めとした身体症状、うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大など

* Depression and suicide in cancer patients

** cancer, depression, suicide, psycho-oncology

表1 がん患者の抑うつ危険因子

	危険因子
がんに関連した要因	痛み, 進行・再発がん, 身体機能低下など
がん治療に関連した要因	ステロイド, インターフェロンなど
心理および精神医学的 的要因	神経症的性格, 悲観的なコーピング, うつ病の既往, アルコール依存など
社会的要因 その他	乏しいソーシャルサポートなど 若年, 経済的問題, 家族の問題など

の実存的な苦痛, 乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている^{2, 3)}。さらに, 早い死を望んだ進行がん患者を対象として, その意味することを質的に検討した報告からは, 「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり, “生きたい” ことに対する逆説的表現, 今後起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の1つ, 絶望感, 死の直前に観察される死の受容に近い表現である可能性が指摘されている⁸⁾。したがって, 「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には, このようなささまざまな「意味」が存在する。言い換えると, 死の直前にみられるある種の受容を表現するものを除けば, 多くの場合には, 「死にたい」という表現の背後には, すくい取られていないなんらかの患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示唆しており, 医療者は, その深い意味を理解し, 実際のケアに結びつけていく必要がある。このように考えると, 死を望むがん患者のほとんどは, 生きることへの援助を求めているとも言えるのかもしれない。

次に, がん患者の自殺に関する疫学的な知見に関して概観してみたい。先行研究の多くは, がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している^{5, 10)}。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは, がん患者の自殺率は, 一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示されている⁹⁾。また, これらの研究に共通する事項として, 男性, 診断時にすでに進行がんであること, および診断から間がない時期においてとくに危険

表2 がん患者の自殺の背景に存在する精神疾患: 心理学的剖検研究

精神疾患 (DSM - III R)	割合
うつ病	32%
その他のうつ病性障害	30%
アルコール依存	13%
不安障害	13%
適応障害	12%
診断なし	5%

率が高いことが共通して示されており, 今後, がん患者の自殺予防を考えるうえで貴重な示唆を与えている。

がん患者の自殺に関しての心理学的剖検研究がわずかながら存在する。Henrikssonらは, 自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果, 両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが, がん患者の自殺群では, 非がんの自殺群に比べて, アルコール依存が少なかったという結果を報告している(表2)⁶⁾。本結果は, 自殺を促進する要因として, がん, 非がんにかぎらず, うつ病が重要である一方で, アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた要因に関しては, がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。また, Filibertiらは, 在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者5例に関して検討を行い, ほとんどの症例に, 身体的苦痛のみならず, 抑うつを始めた精神的苦痛が並存しており, 全例に共通してみられた要因として, 自律 (autonomy) および自立 (independence) を失うことに対する懸念, および他者への依存の拒絶がみられたことを示した。

これらの結果を概観すると, 希死念慮を有する進行・終末期のがん患者や自殺したがん患者の多くが耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で, 一般人口における自殺同様, 精神症状として最も重要なものはうつ病であることが示唆される。また, 終末期に特有の問題として, 身体状態の悪化に伴う自立性の喪失, 依存の増大など実存的苦痛とも言える症状が, 希死念慮や自殺に寄与する要因として推測される。がん患者の自殺の危険因子を表3にまとめて示した。

表3 がん患者の自殺の危険因子

がんに関連 身体症状 精神症状 その他	進行がん、予後不良 痛み、衰弱・全身倦怠感 うつ病、絶望感、せん妄 がん診断から数カ月以内 自殺企図の既往および家族歴 がん罹患以前から存在する精神 医学的問題
------------------------------	--

わが国における自殺予防の視点から

がん患者の自殺を予防するうえで最も重要なことは、がん患者における自殺を促進するさまざまな要因を理解し、これらを看過することなく治療することであろう。前項で、がん患者の希死念慮発現に関連する要因や自殺に関連した危険因子、自殺したがん患者の心理学的剖検研究の結果にふれたが、これらから推測されることは、一般人口で知られている自殺の危険因子（自殺企図の既往、親しいものとの離別・死別、失職、絶望感など）の十分な評価に加え、とくにがんの診断時にすでに進行がんであった症例に対しては、痛みを始めとした十分な身体症状の緩和に加え、うつ病を始めとした精神症状の積極的緩和を継続して提供することの重要性が示唆される。

しかし、これら要因の重要性が明らかになる一方で、がん医療の現場では、痛みが適切にコントロールされていないことも多く、また、前述したように医療スタッフは、がん患者の精神症状、なかでも抑うつ状態を適切に認識することができていないことが繰り返し報告されており、現時点では、疼痛コントロールを始めとした良好な緩和ケアの普及、がん医療に携わる医療スタッフに対しての精神症状に関する適切な情報提供、トレーニングシステムの確立などが急務であろう。

また、前述したわが国の一般病院入院患者の自殺事例における検討では、病状の説明や告知の直後に自殺した症例が紹介されていることから、とくに進行がん患者に、治療が望めないがんなどのいわゆる bad news を伝えるコミュニケーションに際して、事実を伝えるのみならず、同時にその後の患者の心理的苦痛に配慮し適切なサポートを

提供することの重要性が示唆される。合わせて、がん医療に携わる精神保健の専門家、なかでも精神科医の参画を促すことの重要性も忘れてはならない。

一般人口における自殺同様、がん患者の自殺予防に関しても国際的にコンセンサスの得られた方法があるわけではないが、前述した結果をもとに、現時点において可能なストラテジーを考えてみると、身体、精神、社会、実存的側面など患者の苦悩の源となっている諸種の苦痛に対して、さまざまな職種の専門家が協力して、医療チームとして患者に良好な包括的ケアを提供することが最も有用な方法であろう。また、がんに関して国民や社会が抱く誤った負のイメージ（例：進行がん＝痛みで苦しみがらの死）を是正していくような地道な教育、啓蒙活動も奨励されるべきであろう。

おわりに

わが国では、2002年に、精神科医、緩和ケア医、看護師の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対しての緩和ケア診療加算が導入された。精神科医を緩和ケアチームの構成上の必須条件とする試みは、世界でも類をみないものである。これを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、また国内の多くの施設から緩和ケアチームに精神科医の参画を求める声が上がっている。こういった世界に先駆けた動きが、ひいてはがん患者の自殺予防としての一翼を担い、結果的にわが国の自殺者の低減に結びついていくことを期待したい。最後に、多くのがん患者とその家族、そしてがん医療に携わる医療従事者が、精神科医のがん医療へのより積極的な参画を望んでいることをお伝えして、本稿の締めくくりとしたい。

文 献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. J Clin Oncol 22 : 1957 - 1965, 2004.
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with

- cancer. *Cancer* 100:183-191, 2004.
- 3) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152:1185-1191, 1995.
 - 4) Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* 73:281-296, 1994.
 - 5) Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al: Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 22:4209-4216, 2004.
 - 6) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36:11-20, 1995.
 - 7) Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al: Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:704, 2007.
 - 8) Nissim R, Gagliese L, Rodin G: The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* 69:165-171, 2009.
 - 9) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16:1594-1600, 1998.
 - 10) Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al: Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst* 98:1416-1419, 2006.

日本精神科病院協会主催 平成21年度「精神保健指定医研修会」開催日程

〔更新申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第98回 東京	平成22年2月4日(木)	第一ホテル東京「ラ・ローズ」 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411	300名

平成21年度受講対象者（有効期限が平成22年3月31日までの方）の指定医証番号

指定医取得年度	指定医証番号	指定医取得年度	指定医証番号
昭和25～37年度	4～1,900	平成6年度	9,512～9,871
昭和49年度	3,631～3,751	平成11年度	11,467～11,846
昭和54年度	4,176～4,270		13,752
昭和59年度	4,652～4,761	平成16年度	13,596～13,751
平成元年度	8,001～8,141		13,753～13,945

その他、病気・留学等で、受講対象年度に受講できず、厚生労働省へ延期申請を行い、それが受理・承認された指定医。

3. 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、 専門家につなげる一言

明智 龍男*

うつ病の頻度は高く、特にプライマリケア領域やがん医療などの領域で頻繁に遭遇する精神疾患である。一方、うつ病を疑い、専門診療科に紹介しようとする際に、その具体的な説明を適確に患者に行うことはなかなか容易ではない。これは、患者サイドにも様々な誤解や懸念そして知識不足などがあるため、説明に際しては、これらに十分配慮する必要がある。本稿では、非専門家がうつ病の可能性のある患者を見つけたとき、専門家につなげる一言に際してのポイントとして、'精神的なもの'、'心因性'などの言葉を避けることの重要性と患者の抵抗感や誤解に配慮した上で、丁寧に説明することの必要性を中心に解説した。

I. はじめに

うつ病は様々な医療現場で遭遇する頻度が高い疾患である。その例として、うつ病の身体症状（例：食不振、全身倦怠感など）が前景となってプライマリケアの医療現場を訪れる状況や、がんなどの重篤な疾患に罹患することを契機としてうつ病を2次的に合併する状態などがあげられる。その際、プライマリケア担当医やがん専門医がうつ病を疑っても、患者に適確な説明を行い、実際の精神科受診に結びつけていくことは時としてたやすいことではなく、どのような説明を行えば患者が無用な誤解や抵抗感を抱くことなく受診につなげることができるのかという疑問もよく聞かれる。

本稿では、前述した異なる二つの医療現場を念頭

に、つまり医学的に説明のつかない身体症状が契機となりプライマリケアを受診した結果、その症状がうつ病に由来するものが考えやすいため精神科への受診をすすめる場合と、がんをはじめとした重篤な身体疾患に罹患し、その心理的衝撃、がんやがん治療に伴う様々な苦痛に続発する形でうつ病の発現が疑われる場合に、患者に対しどのような情報を伝え、どのように説明すればよいのかについて概説した。なお、このような領域に関する実証的なデータは乏しいので、多くは筆者の経験および私見に基づくものであることをあらかじめお断りしておきたい。

II. プライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻度

まずプライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻

* Tatsuo Akechi 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 准教授

表1 うつ病の有病率—プライマリケアおよびがん患者

対 象	症例数	うつ病の有病率 (%)
プライマリケア (外来)	276	6
プライマリケア (外来, 頭痛を主訴)	177	25
早期肺がん (術後1カ月)	223	4
進行肺がん (がん診断後, 初期治療前)	129	5
頭頸部がん (がん診断後, 初期治療前)	107	4
早期乳がん (術後外来通院中)	148	5
再発乳がん (初回再発後3カ月)	55	7
進行肺がん (がん診断後6カ月)	89	4
終末期がん (死亡前約3カ月)	209	7

わが国のプライマリケアとがん医療におけるうつ病の頻度に関するデータからは、概ね4～7%の患者にうつ病がみられることが示唆される。

(筆者作成)

度に関するわが国のデータを振り返っておきたい (表1)。通常のプライマリケアの医療現場およびがんの種類、病期を問わず、概ね4～7%程度の患者にうつ病がみられることが示唆される^{1~4)}。また、頭痛などを主訴としたプライマリケアの領域ではうつ病の頻度はさらに高く、25%程度がうつ病であったことなどが報告されている⁵⁾。以上から、プライマリケアとがん医療の現場では、少なくない頻度でうつ病の患者が存在することが推測される。

またうつ病を合併したプライマリケア受診患者やがん患者における身体症状を検討したわが国の先行研究からは、これら患者群においては多彩な身体症状が高率にみられることが示されている (表2)。具体的には、うつ病を合併したプライマリケア受診患者においては、腹部症状や痛みなど多彩な症状がみられることが示されており⁶⁾、うつ病と診断されたがん患者においては90%以上に倦怠感および集中力低下が認められることが報告されている⁷⁾。これらから、いずれの領域においても身体症状が前景にたつうつ病患者が相当数存在することが示唆される。

これらのことを考えあわせると、プライマリケア領域においては、患者の受診動機となった身体症状そのものがうつ病に由来する可能性を説明した上で専門医の受診を促すような説明を行うことが重要である一方、がん患者においては主疾患であるがんに加えて、精神症状に関して専門医を受診する必要性の説明を行うことが重要になると推測される。

表2 うつ病患者の身体症状—プライマリケアとがん患者

うつ病と診断された プライマリケア受診患者	睡眠障害	61%
	食欲低下	37%
	腹部症状	35%
	頭痛	34%
	倦怠感	29%
うつ病と診断された がん患者	頸部痛	16%
	倦怠感	92%
	集中力低下	91%
	食欲低下/体重減少	84%
	睡眠障害	81%

うつ病を合併したプライマリケア受診患者においては、腹部症状や痛みなど多彩な症状がみられることが示唆される。また、うつ病を合併したがん患者においては90%以上に倦怠感および集中力低下が認められる。

(筆者作成)

Ⅲ. 専門家につなげる具体的な言葉

精神科受診に対する敷居が低くなってきているとはいえ、まだまだ多くの一般人が精神科に対するステイグマを有し、受診に対して抵抗があるのも現実であろう⁸⁾。それゆえ、患者がうつ病を有していると考えられた場合でも、適切な説明を行い専門医への受診を促すようなコミュニケーションはなかなか容易なものではない⁹⁾。それでは具体的にはどのような言葉がけを行い、専門医への受診をすすめればよいのであろうか。本項では、先行研究から示唆されている患者が抱きや

3. 非専門家がうつ病患者を見つけたとき、専門家につなげる一言

すい精神科受診に対する誤解や懸念とそれらを念頭においた精神科受診に対しての具体的な説明方法を概説した。あわせて精神科受診を拒否した場合の対処法についても言及した。

1. なぜ適切な言葉がけが難しいか

プライマリケアの現場では、患者の受診動機となった主症状をうつ病に基づくものである可能性を説明す

表3 患者の精神科医療に対する懸念-肺がん患者

精神科医療に対する懸念	割合
薬では精神症状は改善しない	71%
向精神薬の必要性がわからない	56%
向精神薬の依存性が心配	54%
精神症状はカウンセリングでは改善しない	49%
向精神薬の服用への抵抗感	48%
自分に精神科診療が必要かどうかわからない	47%
精神科での治療がわからないので受診に抵抗がある	44%

わが国の肺がん患者に精神科医療に対する懸念を検討した報告からは、高頻度に精神科治療に関しての知識不足や治療法に関しての誤解が存在することが示されている。

(文献 10 より)

る必要があるが、この際、‘心因性の症状’、‘精神的なもの’など、安易な言葉づかいをすると、患者側に真意が伝わらないどころか、場合によっては患者との信頼関係の構築を阻害してしまうこともある。これは、これら言葉の意味するところを患者側が‘まるで詐病のように言われた’、‘気の持ちようでも何でもなると言われた’などと‘誤解’することに起因して生じることが大半であると思われるが、それでも、患者の主訴を精神疾患に帰属する場合には、患者にとって理解しやすく、そして受け入れやすい表現を用いることが極めて重要である。

プライマリケアの領域とは患者層が全く異なるが、表3にはわが国のがん患者を対象として、精神科受診に対する懸念や抵抗感を検討した研究報告から、患者が抱く頻度の高い懸念を紹介した¹⁰⁾。この結果からは、高頻度に精神科治療に関しての知識不足や治療法に関しての誤解が存在することが示されている。逆にいうと、こういった頻度の高い患者の誤解や懸念に言及しながら、患者に説明をすることの重要性が示唆される。

表4 具体的な言葉がけの例

避けたい言葉や例	‘気のせい’、‘精神的なもの’、‘心因性’、‘何ともない’、‘精神症状’などで専門家に診てもらいましょう。検査で異常がないので、うちの科は関係ありませんから、精神科に行ってください。
望ましい例	<ul style="list-style-type: none"> ・プライマリケアの場合 幸い身体の方には異常はみられませんでした。そういった場合には、うつ病の症状が身体に出ている場合もありますので、一度専門家の先生、この場合ですと精神科の先生に診てもらいませんか？精神科というと最初は少し抵抗がおりかかもしれませんが、同じような症状で専門の先生にみてもらって、よくなった人もたくさんいらっしゃいますよ。もちろん、精神科の先生が心配ないとおっしゃったらまたわたしの方でも診させていただきます。 ・がん患者の場合 うつ病という少し驚かれるかもしれませんが、がんなどの大変な病気を患われた方の多くが、うつ状態を経験されることが知られています。がんの治療をしっかりと受けていただくためにも、気持ちの状態を整えておくこともとても大切ですので、一度精神科の先生にも診てもらいませんか？最近ではよく精神科の先生にもチーム医療の一員になっていただいて協力してもらっています。 ・患者の誤解に言及する言葉がけ 何かご心配なことがありましたら遠慮なくご質問ください。 多くの方が誤解されているのですが、精神科は、重い精神病患者さんのみを診療しているわけではありませんし、心を見透かされたり、心の良い悪いを評価するようなどころでもありません。その他、受診したことが皆さんに知られてしまったり、薬を飲み始めるとやめられなくなったりといった御心配をされる方もいらっしゃいますが、こういったこともありません。

プライマリケアやがん医療の現場で、うつ病を疑い、患者を精神科に紹介する際の具体的な留意点や言葉がけの例を示した。(筆者作成)

2. 具体的な説明の方法

それではいくつか具体的な説明の方法を例示してみたい。プライマリケアの現場では、いわゆる器質的に説明のつかない身体症状を有した患者に対して専門家につなぐケースが多いかと思われるので、この場合には、前述したように安易な言葉がけを避け、精神症状には多くの場合身体症状が同時に伴うこと、また同じような経緯で精神科を紹介受診する患者がその他にも大勢いることなどの説明を通して患者の不安を軽減することが大切であろう(表4)。この際、具体的に、うつ状態や不安状態(うつ病の場合、不安状態も伴っていることも多い)に伴って出現してくる身体症状を具体的に説明すると理解が得やすいこともある(表5)。

がん患者の場合は、当然、がんという疾患の治療が最優先されるため、患者に対しては前向きにがん治療を受けるためには、心の状態がある程度は落ち着いていることが重要であり、そのために、あわせて専門家にも診てもらうことをすすめるというスタンスをとるとよい(表4)。この際、がんという病にかかってうつ状態を経験することは珍しいことではないこと、精神科医もあくまで患者を中心に据えたチーム医療の一員として機能していることをあわせて説明すると、患者の受け入れがよりよいものとなる。

以上、プライマリケアとがん医療の現場で、患者を精神科に紹介する言葉がけに関して紹介したが、これらにあわせて、多くの患者が抱えている精神科や精神医療に対する誤解を解く努力をしながら説明することも重要である。表4には、患者の誤解に言及する質問やよくある懸念を説明する際の例を示した。

3. 患者が拒否した場合

以上のような配慮を行いながら患者に精神科の受診をすすめても、躊躇されたり、拒否されたりすることは稀ではない。実際、がん専門病院で看護師ががん患者のうつ状態をスクリーニングして、スクリーニング陽性患者に精神科受診をすすめるという極めて単純なスクリーニング介入プログラムを施行した経験からは、これら患者の約8割が拒否していた¹¹⁾。

それでは患者が精神科受診を拒否した場合はどのよ

表5 抑うつ、不安に伴う身体症状

	随伴する身体症状
抑うつ	倦怠感、疲労感、食欲低下、頭重感、不眠、便秘、思考・集中力低下、性欲低下など
不安	呼吸困難、胸部圧迫感、動悸、口渇、嘔気、胃部不快感、下痢、頻尿、めまい、筋緊張、発汗、振え、頭痛、不眠

抑うつ、不安などには多くの場合、様々な身体状態が伴う。患者に具体的な随伴症状の例を示しながら説明すると、身体症状とうつ病の関係について理解を得やすいこともある。(筆者作成)

うに対応すればよいのであろうか。そういった際には、患者が受診したくないという意見をまずは尊重した上で、拒否する理由を把握し(‘精神科の受診を勧められると、受診をためらわれる方も多いですが、気になっていらっしゃることをお話いただけますか?’)、このプロセスで何らかの誤解が把握できれば、それに対して適切に言及する言葉が求められる。患者の拒否が頑なな場合には、いつでも受診できることを伝えておくとともに、機会を改めて再度すすめてみるとよい(‘受診してもいいなと思われましたら、その時は教えていただけますか?’、‘先日は、精神科への受診に抵抗があるとおっしゃっていましたが、今はいかがですか?’)。なお、差し迫った自殺念慮を伴うような患者が拒否するような場合には、事情を説明して精神科医に間接的に関わってもらうとよい。


IV. おわりに

周知のように2008年度の診療報酬改定にて、非専門医がいち早くうつ病の可能性に気付き、精神科医に紹介することを診療報酬上で後押しすることになった。うつ病を疑っても、前述してきたように精神科医に上手に紹介するのはなかなか容易なことではない一方、患者が抱く懸念や誤解を念頭に置きながら丁寧に説明することがまずは重要であろう。1998年以降、自殺者が3万人を超える事態が続いているわが国においては、うつ病診療に関して、非専門科医の役割そして精神科医との様々な形の連携はますます重要になってくるのではないであろうか。

文献

- 1) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 92: 2609-2622, 2001
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004
- 3) Mino Y, Aoyama H, From J: Depressive disorders in Japanese primary care patients. *Fam Pract* 11: 363-367, 1994
- 4) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 21: 69-77, 2003
- 5) Maeno T, Inoue K, Yamada K, et al: Indicators of a major depressive episode in primary care patients with a chief complaint of headache. *Headache* 47: 1303-1310, 2007
- 6) Waza K, Graham AV, Zyzanski SJ, et al: Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. *Fam Pract* 16: 528-533, 1999
- 7) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 44: 244-248, 2003
- 8) Roeloffs C, Sherbourne C, Unutzer J, et al: Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 25: 311-315, 2003
- 9) Tylee A: Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 67 Suppl 6: 41-45, 2006
- 10) Endo C, Akechi T, Okuyama T, et al: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Jpn J Clin Oncol* 38: 653-660, 2008
- 11) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 1949-1956, 2005

	<h3>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 乳房温存療法</h3>
	<p>大阪府立成人病センター総長 小山博記 編 A4変型判 48頁 定価 3,990円(本体価格 3,800円+税5%) 送料実費 ISBN4-7532-1847-3 C3047</p>
	<h3>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 大腸がん 改訂3版</h3>
	<p>前帝京大学医学部外科学教授 小平進 編 A4変型判 96頁 定価 5,040円(本体価格 4,800円+税5%) 送料実費 ISBN978-4-7532-2318-3 C3047</p>
	<h3>インフォームドコンセントのための図説シリーズ 肺がん 改訂3版</h3>
	<p>国立がんセンター東病院副院長 西條長宏 編 新座志木中央総合病院名誉院長/国際医療福祉大学大学院教授/東京医科大学名誉教授 加藤治文 編 A4変型判 148頁 定価 5,040円(本体価格 4,800円+税5%) 送料実費 ISBN978-4-7532-2358-9 C3047</p>


株式会社 医薬ジャーナル社 〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21 電話 06(6202)7280(代) FAX 06(6202)5295 (振替番号) 〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKIビル 電話 03(3265)7681(代) FAX 03(3265)8369 (00910-1-33353)
<http://www.iyaku-j.com/> 書籍・雑誌バックナンバー検索、ご注文などはインターネットホームページからが便利です。



いかに精神症状に対応するか—適応障害とうつ病を中心に

適応障害の理解とケア

—がん医療における適応障害と精神療法—

Adjustment Disorders and Psychotherapeutic Approaches in Cancer Care

明智 龍 男*

Tatsuo Akechi

Key words : 不安, 抑うつ, 精神療法

● 緩和ケア 19 : 205-209, 2009 ●

はじめに—がん患者の適応障害

がん患者には、高頻度に精神症状が認められることが示されており、その代表的なものが適応障害である^{1,2)}。適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす（仕事や家事が手につかない、眠れない、など）ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である（表1）³⁾。

一方、診断学的には適応障害はそもそも除外診断であり、異質性の高い多様な臨床状況の集合体であるともいえる。たとえば、うつ病の前駆状態のような病態や、がんの再発不安や、衝撃的ながん告知に続発する侵襲的想起様の症状を中心とした不安障害に近い病像のもの、パーソナリティ特性を背景としてがん罹患がストレスとなり強い情緒的反応、対人葛藤を経験するもの、一過性のストレス反応様の病態で自然経過で正常反応にすみやかに回復していく例などである。

その他、近年、関心が寄せられるようになってきた依存や自立性の喪失をめぐる苦悩など終末期がん患者の実存的苦痛なども現在の診断基準では適応障害に分類されることが多い⁴⁾。

一方、適応障害はきわめて強い苦痛をもたらすことがあり、がん患者の自殺の原因の1つとしても知られている⁵⁾。

がん患者にみられる適応障害の治療に際しては、がんのさまざまな臨床経過（たとえば、再発後、あるいは積極的な抗がん治療が奏効せず緩和ケアに移行せざるをえない状況など）において、患者個人にとってのストレスの意味や大きさ、パーソナリティやストレス対処様式などの個人の心理学的特性、周囲からのサポート状況、医師をはじめとした医療スタッフや家族との関係など多様な情報から、現在の状態を評価し、今後のがんの病状の見通しなどを考慮しながら、個別に治療にあたる必要がある。その治療の柱となるのが精神療法である。

*名古屋市長立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学：Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences (〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1)

0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 適応障害の診断基準 (米国精神医学会)³⁾

診断基準	具体的な臨床症状
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3カ月以内に情緒面または行動面の症状が出現する。	がんの再発の診断を受けてから、気分が沈み、些細なことで涙が出てしまい、夜も眠れない状態が持続している。
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。 ①そのストレス因子に曝露された時に予測されるものをはるかに超えた苦痛 ②社会的または職業的機能の著しい障害	最近では床に臥せていることが多く、気持ちは焦るばかりで前向きに考えることもできず、食事の準備など家事をすることにも支障がある。
ストレス関連性障害は他の特定の精神障害の基準を満たしていないし、すでに存在している障害の単なる悪化でもない。	うつ病や不安障害など、他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

精神療法の実際

適応障害に対する精神療法として、臨床現場で最も一般的に適用されているのは支持的な精神療法である。その他、認知行動療法、集団精神療法、対人関係療法、問題解決療法なども用いられるが、これら治療は熟練した治療者によって行われるやや専門性の高い治療技法であるため、本稿では精神療法に際しての基本的な姿勢、精神療法全般に通じる非特異的な要素を含め、支持的な精神療法を中心に概説する。

① 精神療法に際しての基本的な姿勢

多くのがん患者は元々の心理的健康度が高く、精神療法的アプローチのうえでも、特殊な技術が必要としないことが多い。一方、元々の健康度が高いからこそ、基本的なコミュニケーションスキルや患者を個として尊重する細やかな配慮の積み重ねが必要不可欠であるともいえる。

重要な基本的コミュニケーションスキルとして、場の設定（患者が話しやすい空間を提供するなど）、“聴く”技術（アイコンタクト、あいづちをうつなど）、“質問する”技術（オープンクエスチョンを多用するなど）などが挙げられる。これらを通して、患者は、この医療者は自分に関心をもって来ており、また個人的な情緒的問題を話

しても聴いてくれる存在であると認識できるようになるのである。

② 精神療法における非特異的要素

がん患者に精神療法的アプローチを行ううえで、すべての患者に提供すべき非特異的要素について紹介する。これらは、あらゆる精神療法に共通の基盤となるスキル、がんという疾患を有していることで生じている身体状態への配慮、およびがんが及ぼしている身体・心理・社会的側面への配慮を念頭においたコミュニケーションスキルともいえるものである。

まず患者と良好なラポール（関係）を形成することが、精神療法の第1歩として不可欠であり、そのためにあたたかさ、礼節、繊細な感受性をもって患者と接するといった事項が重要となる。また、患者はあくまで身体疾患の治療を受けるための入院/通院であると考えているものが多く、情緒的な問題について言語化することを躊躇していることも多いので、医療者側から積極的に感情表出を促す必要がある場合も多い。コンサルテーションのセッティングで、がん患者を訪床する際には、表2に掲げたベッドサイドマナーを念頭においておくとよい⁴⁾。

次に、治療が望めない、あるいは死が差し迫った状況にある終末期のがん患者を念頭においたア

表2 身体疾患患者に接する際のコンサルタントのベッドサイドマナー

具体的なベッドサイドマナー	理由および具体例
座ること	コミュニケーションを促す非言語的なメッセージとなる
患者さんのためにちょっとした何かをすること	自分が患者さんのケア提供者側にいることを示す非言語的なメッセージとなる
笑顔で接すること	患者さんの多くは、初回面接では緊張していることが多いため
面接の初めに患者さんに関して知っていることを話すこと	例：“担当の先生や看護師さんから聞いたのですが、〇〇さんはとっても音楽がお好きなんだそうですね”
今一番心配なことは何かを聞くこと	患者さんの個別性を尊重していること、および関心を寄せているというメッセージとなる
病気や予後についての患者さんの理解の仕方や痛み・機能喪失・死などについての患者さんの不安を詳しくよく聞いておくこと	例：“病気についての説明はどのように聞かれていますか？” “病気に関する今後のことで何か不安に感じられていることはおありですか？”
患者さんの家族や仕事、それに現在の病気が家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについてよく聞いておくこと	例：“今のご病気で、ご家族との関係やお仕事などに何か変化がありましたか？”
患者さんが誇りに思っている活動や業績を聞いておくこと、そして、機会をみてそのことを讃えること	例：“〇〇さんが、これだけは人に負けないとか、がんばってこられたこととかはどういったことですか？”
患者さんが遭遇している人間としての苦境について理解を示すこと	例：“この病気ですいぶん大変なことをご経験されているのですね”
精神的現象を評価する必要性と目的については十分に説明し、患者さんにも共同観察者の役割をとってもらふこと	例：“病気と上手に取り組んでいくうえで、ストレスや心の問題もとても大切だといわれています。そのストレスを少しでも軽くしていくために私たちも力になりたいと思っています。ただ、ストレスや心の問題は患者さん自身が感じられる通りのものですので、どういう風に感じていらっしゃるかをお話いただけますか？”
面接の終わりには何か具体的な情報を患者さんにも伝えること	例：“…という状況の中、今回の再発というのは〇〇さんにとって、本当につらいご経験だったのでしょうか”

アプローチを紹介する。終末期がん患者は、病状の進行に伴いさまざまな身体的機能や社会的役割の喪失に加え、家族や親しい人達との別れ、やり残した仕事の整理など多くの課題に直面し、結果的に喪失に喪失を重ねることを余儀なくされることが多い。

また、終末期患者をおびやかすのは多くの場合「死」そのものではなく、積極的な治療がないた

めに医療者から見捨てられるのではないかという不安、がん患者だからと特別視され家族や友人から孤立してしまうのではという懸念、そして病状の進行に伴って生じる痛みや機能の喪失への恐怖などである。

さらに、心理的防衛機制として否認や退行がみられることも多い。以上の理由から、終末期に際しての精神療法的アプローチに関しては若干特別

表3 終末期に際しての精神療法的アプローチの実際

- ・静かで急がない態度を心がける。
- ・手を握るなど非言語的なコミュニケーションを積極的に利用する。信頼関係が築かれている場合は、かたわらにただ座っているだけでも患者の安心感につながる。
- ・患者さんが病气や死を受容することを一義的な目標とすることは慎む。死を受容できない患者さんをそのまま受け容れることを心がける。
- ・一貫してケアを提供し続けること、見捨てないことの重要性を認識する。たとえ、せん妄状態になっても、それ以前と同じように個として尊重しながら患者さんに接することは家族ケアにもつながる。
- ・患者さんの状態に常に配慮し、個性を尊重しながら医療者が最後まで訪れ続けることは、患者さんのみならずご家族にとってかけがえのない援助になりうる。
- ・希望を支え、心理的防衛としての否認、退行を尊重する。
- ・医療者の逆転移（典型的には、医療者は患者の役に立たないという無力感）によって患者さんに影響（例：患者を訪れる頻度が減ってしまう）を与えないよう十分な注意を払う

な配慮を必要とするが、そのエッセンスを表3にまとめた^{7,8)}。

③ 支持的な精神療法

支持的な精神療法は、受容、傾聴、支持、肯定、保証、共感などを中心とした精神療法であり、サイコオンコロジーのみならず緩和医療の領域においても、最も一般的な治療技法である。実際、緩和ケア領域で実存的苦痛(スピリチュアルペイン)などに対するケアの実践として推奨されているコミュニケーションスキルの多くは、傾聴、共感を中心とした支持的な精神療法である。

支持的な精神療法は、がん罹患に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした精神的苦痛を、支持的な医療者との関係・コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。支持的な精神療法を有効なものにするうえでの大切な要素として、患者との良好な治療関係の確立があるが、これを達成するために、前述した精神療法における基本的な姿勢や非特異的な要素などが重要となる。

より実際的には、その人なりの方法で病を理解し適応していくことを援助することが有用であることが多い。このために医療者はまず患者に関心を寄せ、病气とその影響について患者が抱えている感情の表出を促し、それらを傾聴、支持、共感しながら現実的な範囲で保証を与えていく。

保証に関しては、医療者として責任をもってケアを提供し続ける心積もりがあることを繰り返し伝えるだけで、患者の無用な不安感を和らげることにつながることも多い。そして、最も重要なことは患者とのコミュニケーションを通して、患者の経験している苦しみを医療者として理解しようとする努力を続けることである。

真の意味で患者の苦しみを理解することはわれわれ医療者には不可能であるが、患者の苦しみを理解する努力はどういった状況でも可能であり、この「理解する努力」こそが、患者のために医療者がなす最も支持的なことである。患者の身体状態が悪化している状況にあっても、このような医療者の存在を感じることができれば、患者の苦痛、苦悩はわずかではあっても和らぐことが多い。

おわりに

がんは、患者の身体的な側面のみならず、患者の生活、役割、自尊心、家族など多岐に渡って大きな影響を及ぼす。その結果として、がん患者が経験する精神症状の表現型の代表が適応障害と呼ばれる状態である。

がんという病の軌跡からみると、診断病名の告知後や進行・終末期のみならず、サバイバーシップにおける再発転移への不安、恐怖など、がんのあらゆる段階で適応障害は発現しうるのであ