

状緩和を行う。そしてお金、介護の問題。まずは身体の症状、脳の症状、経済・介護の問題の3つに早急に対応します。その後心理・社会的な問題を扱っていきます。この患者さんの場合は、ご自身の罪悪感を次男とご主人に語ったところ家族の時間を持とうということになり、田舎巡りの家族旅行をしまして、その1年後に緩和ケア病棟で亡くられました。

がんがもはや治らないという時期に入ると、目標を失う方が非常に多くおられます。長生きという目標に代わる物差しを求めて皆さん悩まれますが、それぞれの方にこれまでたどってきた人生の歴史があります。その延長上にしかジャンプすることはできません。

この問題に関して日本における報告がなかったので、一般の方とホスピスに来られた方の遺族、合計3,061名の方に協力いただいて、「残された時間を何を物差しにして過ごしますか」というアンケート調査を行いました(図2)。

1が多く日本人が望むもの、3があまり望まなかったものです。日米で共通性が高いのは、「身体・心の痛みがないこと」「人として尊重されること」「人生を全うしたと感ぜられること」「役割を果たせること」。

医療者も家族もないがしろにしがちですが、ご本人には死ぬ1秒前まで何かの役に立ちたいとい

う願望があります。黒の太線で囲ったところは米国人の価値観と共通する部分です。これは米国でも日本でも意外と無視されている部分で、末期がんの患者さんでも「自分は役に立っている」と思えるようなケアのあり方が創造できないかと考えます。たとえば、末期がんの患者さんが最後まで若い研修医の相手をしたり、若い看護師の相手をしたりされたりする姿を見ると、こういうことかもしれないとも思います。

そして、米国で非常に重要視されているのが「残された時間を知り、準備をすること」です。遺言状を書いたりといった、死と向き合う行いは日本ではあまり好まれない。日本ではむしろ死を意識しないで、落ち着いた環境で人の負担にならないよう自立して、医療者や家族と良好な関係を作るのが望まれるようです。

「自然なかたちで亡くなる」「人に感謝し、心の準備ができる」「望んだ場所で希望を持って生きる」等々挙げていくときりはありませんが、この中で自分はどれを大事にしたいのか。

先ほどの乳がんの患者さんは家族関係の修復を望んでいましたので、家族との時間が一番とれる治療法をこちらも考え、その選択肢を提示できました。そういうことが死と向き合う時の大変重要な物差しになりますので、機会がありましたら、心してこういったことを医療者に伝えていただき

対象：4都道府県の無作為抽出した一般人口2,548名、12緩和病棟の遺族513名

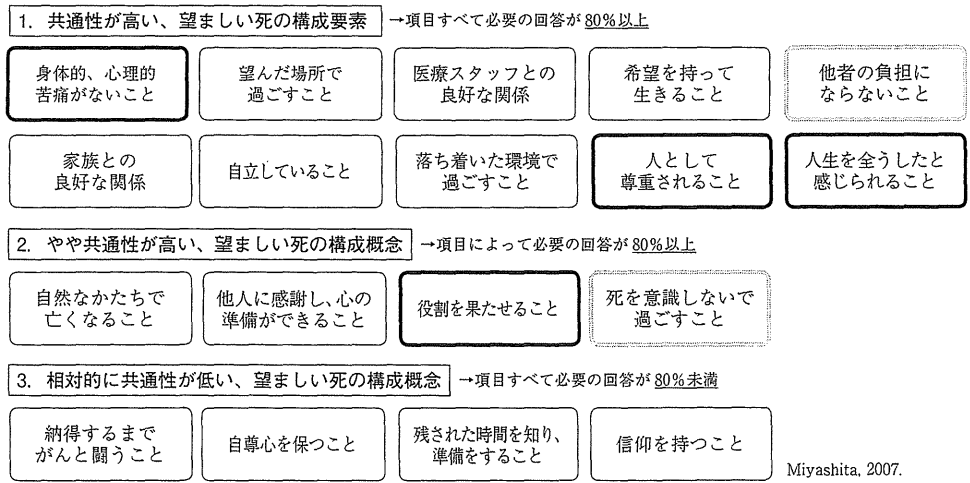


図2 終末期のQuality of Life：日本における望ましい死 (good death) の構成要素

たいと思います。「がん」と言われた最初から、自分の気持ちや見通しなどいろいろなことを共有できるような医療者との関係を作っていただけならと思います。

がんと向き合う上では家族も非常に大きなサポーターになりますので、家族の方も気持ちの落ち込みについて医療者にぜひ話していただきたい。家族が倒れると患者さんも倒れてしまいますので、非常に重要な観点であります。

自殺予防のために

最後にがんに伴ううつについてお話ししたいと思います。がんの告知で受けた精神的ショックが2週間以上たっても回復しない場合、うつに相当するとされます。

がんに伴ううつがどれくらい苦しいかを少しご紹介しましょう。上野創さんという朝日新聞記者が『がんと向き合って』（晶文社、2002年）とい

う体験記を書いておられます。この方は26歳で睾丸腫瘍の告知を受け、抗がん剤治療と科学療法を経験されたのですが、身体が少し改善し始めてから心の問題が出てきました。

—「もうたくさんだ！」竜巻のような激情が3日間続いた。ただ心が弱気と空しさの嵐に支配された時の怖さを知った。そして実際この2カ月後、もっとひどい一つの暴風に見舞われ、僕の精神は崖っぷちに立つことになった。

超大量化学療法で全身の毛がすっかり抜けてしまった後、この方は心のバランスを崩し、がんは治ったけれども、免疫力が落ちていたため敗血症になりました。全身の感染症から立ち直りかけた時に再び心の危機を経験されました。こう書かれています。

—死にたい、全部投げ出したいという願望にとり

表1 がん患者における自殺率

報告	がん患者自殺総数	追跡症例数	割合 (%)	一般人口に対する危険率 (p or 95% CI)	特記事項
フィンランド 1979	63	28,857	0.22	男 1.3 (p<.01) 女 1.9 (p<.05)	胃腸系
アメリカ 1982	192	144,530	0.13	男 2.3 (p<.01) 女 0.9 (NS)	診断直後
スイス 1991	55	24,166	0.23	2.6 (2.0 - 3.4)	診断後1年以内
スウェーデン 1991	144	59,845	0.24	男 2.4 (1.9 - 3.0) 女 2.7 (2.0 - 3.5)	肺
デンマーク 1992	568	296,331	0.19	男 1.5 (1.3 - 1.6) 女 1.3 (1.1 - 1.5)	脳
イタリア 1998	41	27,123	0.15	2.4 (1.7 - 3.2)	診断後6カ月以内
日本 1999	48	23,979	0.20	1.4 (0.99 - 1.8)	診断後3~5カ月
エストニア 2003	197	65,419	0.30	男 1.7 (1.5 - 2.0) 女 0.5 (0.4 - 0.7)	診断後3~6カ月
ノルウェー 2004	589	490,245	0.12	男 1.6 (1.4 - 1.7) 女 1.4 (1.2 - 1.6)	診断後5カ月以内
イタリア 2004	102	90,197	0.11	男 2.0 (p<.05) 女 1.6 (NS)	-
デンマーク 2005	1,241	564,508	0.22	男 1.7 (1.6 - 1.9) 女 1.4 (1.3 - 1.5)	男：診断後3カ月以内 女：診断後3~12カ月
スウェーデン 2005	2,112	1,031,919	0.20	男 1965 - 74年 2.5 1975 - 84年 2.0 1985 - 94年 1.6 女 1965 - 74年 2.9 1975 - 84年 1.7 1985 - 94年 2.3	膵、食道、肺
欧米5カ国 2006	836	723,810 (乳がんのみ)	0.12	1.4 (1.3 - 1.5)	進行がん

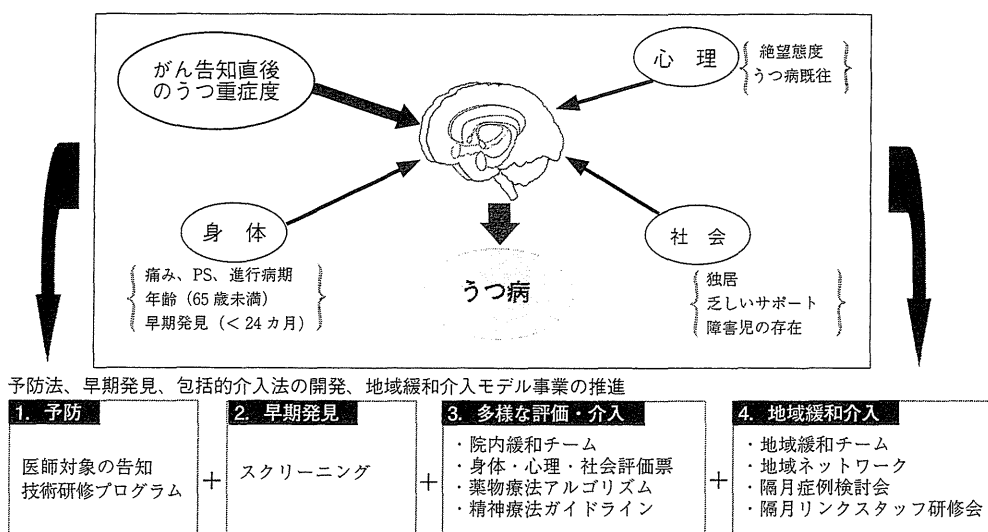


図3 がん告知と身体・心理・社会要因に着目したがん患者のうつ病介入

つかれて過ごした。約一週間の苦しさは強烈だった。僕がそれまでに経験した、ありとあらゆる試練を上回るほどに辛かった。

化学療法よりも、うつの心の痛みと苦しみの方が圧倒的に強いのです。化学療法の苦しみは、1回やると経過がわかってきます。何日目からだるさがとれて、何日目から吐き気がなくなるということを徐々に学習して想定内になってきますが、うつの場合は1回経験しても、いつ終わるかわからない。これが辛かったと書いておられます。

各国のがん患者の自殺率の高い時期を見ると、診断直後、診断1年以内、診断6カ月後、診断3～5カ月後の順です(表1)。日本でも診断3～5カ月後がピークですが、特に難治がんであると診断された後が多いようです。一般人口に比べて1.4、1.6、1.7倍の自殺率ですから、50～70%多いこととなります。診断直後ですから、がんと言われて十分な知識がないまま絶望して死に至る方がかなり多いということです。

うつの関連要因としては、身体の問題、うつの既往、絶望的な態度、1人暮らし、サポートが少ない、病気の子を持っている(図3)。さらに、がん告知直後の落ち込みがその後のうつに関係することが研究からわかってきました。ですから、

伝え方を考えようということで、がんセンターでは告知の研修会も始めています。

患者さんに望まれるコミュニケーションの中で特に日本的なものとして、「気持ちにも配慮してほしい」「家族にも配慮してほしい」「『がん』であることもきちんと伝えてほしいけれど、自分の日常生活がどういうふうになるのかを一緒に考えてほしい」という希望があります(図4)。家族に先に伝えることはほとんどの方が望まれません。また「初対面の医師ががんと伝える」のも好まれないですし、「曖昧に伝える」「イライラした様子で対応する」「電話で伝える」も好まれません。

がんの余命宣告に関しては望む・望まないが分かれています。「淡々と伝える」、「少しずつ」などを希望されるようです。予後について話し合う時は「こうしたい」ということを具体的に一たとえば、お子さんの結婚式、あるいはお孫さんの入園式がいつあるので、それに出席できるかどうかを医師に聞いた方がいいと思います。「予後何カ月」「余命何カ月」という数字はあまり確かではないところがありますので、医療者の方も「もう一度家族旅行をしたいですね。それができるようにがんばってみましょう」といった具体的な計画を立てて、共通の目標としていくことが非常

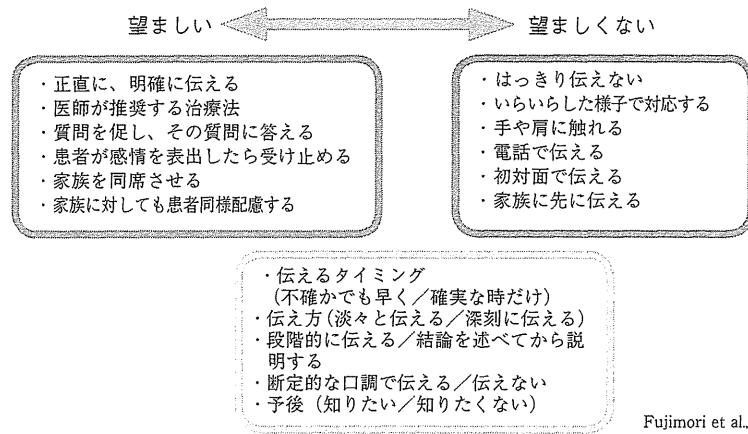


図4 悪い知らせを伝える際の患者-医師間のコミュニケーション：患者意向調査(529名)

に重要です。

「家族は何をすればいいのでしょうか」とよく聞かれますが、「弱音など気持ちを打ち明けられるよう、相談されたりすることができるように、耳を傾ける準備をしましょう」とお答えしています。ご家族の喋りを1としたら、患者さんの喋りが10くらいになるよう心がけることです。患者さんにとって励ましはかえって辛い場合があります。

また、「役割の喪失を感じさせない」「患者にこ

れまで通りの役割・決定をゆだねる」「尊厳を傷つけない」といったことが大切になってきます。食事、入浴、トイレなどが1人ではできない場合も、こういう場合にこういう場所で行うと決めてもらうようにしましょう。家族のストレスも患者さんとほぼイコールですので、介護休暇をとるなどして休むよう心がけることが大事です。

今日のお話はここまでで終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

編集主幹	齋藤 学 (家族機能研究所)				(順不同 *は編集委員)
編集顧問	下司 孝 磨 (下司病院)	池上 直 己 (慶應義塾大学)	窪田 暁 子 (中部学院大学)	小 田 晋 (帝塚山学院大学)	
	小片 基 (札幌医科大学衛生短大)	洲 脇 寛 (三光病院嗜癮精神医学研究室)	外口 玉 子 (社会福祉法人かがやき会)	小 沼 杏 坪 (KONUMA記念広島薬物依存研究所)	
	宮本 信 也 (筑波大学)				
編集同人	藤本 明 (国立岩国病院)	波田 あい子* (社会学)	岩崎 正 人 (岩崎メンタルクリニック)	宮本 真 巳* (東京医科歯科大学)	
	村田 由 夫 (寿福祉センター)	永野 潔* (さいとうクリニック)	西脇 健三郎 (西脇病院)	野口 裕 二* (東京学芸大学)	
	大島 直 和 (大島クリニック)	齋藤 利 和 (札幌医科大学)	妹尾 栄 一* (茨城県立こころの医療センター)	世良 守 行* (慈友クリニック)	
	高木 敏 (新町クリニック)	竹村 道 夫 (赤城高原ホスピタル)	手島 正 大 (芳野病院)	手塚 一 朗* (家族機能研究所)	
	山崎 茂 樹* (白峰クリニック)	宋 龍 啓 (宋精神科クリニック)	小宮 敬 子* (日本赤十字看護大学)	平川 和 子* (東京フェミニストセラピストセンター)	
	上村 順 子 (くじらホスピタル)	村上 雅 昭* (明治学院大学)	齋藤 環* (佐々木病院)	米 沢 宏* (慈友クリニック)	
	山田 昌 弘* (中央大学)	上野 千鶴子* (NPO法人ウイメンズアクションネットワーク(WAN))	四戸 智 昭* (福岡県立大学)		

■編集後記

本号は、昨年11月に開催された第21回日本嗜癮行動学会・岡山大会の特集号である。

大会当日、大会長の堀井茂男先生のお話から、現在出ているDSM-5ドラフト版では物質関連障害の項で「依存」という用語が「嗜癮とその関連障害(Addiction and Related Disorders)」と変更されていることを知った。病的賭博もこの中に含めるといふ提言がされているとのことで、私が長年唱えてきたことと一致するではないか。うれしい限りである。

大会は盛会のうちに終了することができた。堀井先生はじめ、運営委員会ならびに事務局の皆様に感謝申し上げます。

3月11日の東北震災の時から、自分を取り巻く世界が変わったというのが皆さんの実感だろう。あれ

から2カ月以上たった今となっても、災害の現実の方は、メルトダウンやら強制立ち退きやら、新たな不幸の連鎖が余震の伴奏付きで襲ってきて、いっこうに「過去」にならない。

こうした中で昨年12月4日に逝去された元久里浜病院院長・河野裕明先生を偲ぶ会が5月15日、久里浜病院・講堂で営まれた。私自身は先約に縛られて出席できなかったのだが、しみじみとした中に故人の偉大な業績が披露されたすばらしい会であったという。私も故先生には公私にわたって並々ならぬお世話になった。本誌の編集顧問をお引き受けいただいたこともそのひとつ。心から言わせていただきたい。河野先生さようなら。(齋藤 学)

日本嗜癮行動学会誌

アディクションと家族

Japanese Journal
of
Addiction & Family

第27巻4号 2011年6月5日発行(季刊)

編集：家族機能研究所

TEL 03-5476-6041 FAX 03-5476-6543

発売：㈱IFF出版部ヘルスワーク協会

〒106-0044 東京都港区東麻布3-7-3 久永ビル

TEL 03-5575-3764 FAX 03-5575-0913

定価：1,680円(本体1,600円+税)

年間購読料 6,720円(税・送料含)

ISBN978-4-904340-09-7 C0011

臨床精神薬理

岡山大学附属図書館

精神神経病態学

Vol.14, No.6 Jun. 2011

Journal of Clinical Psychopharmacology

●展望

治療ガイドラインから読み取れること、そしてその背景にあるもの……………渡邊衡一郎

●特集 最新の精神科薬物治療ガイドライン

せん妄の最新薬物治療ガイドライン……………宇都宮健輔, 中村 純
認知症の最新薬物治療ガイドライン……………矢田部裕介, 橋本 衛, 池田 学
統合失調症の最新薬物治療ガイドライン……………富永 武男, 伊賀 淳一, 大森 哲郎
うつ病の最新薬物治療ガイドライン……………原田 豪人, 菅原 裕子, 坂元 薫
双極性障害の最新薬物治療ガイドライン……………山田 和男
パニック障害の最新薬物治療ガイドライン……………越野 好文
全般性不安障害の最新薬物治療ガイドライン……………辻 敬一郎, 田島 治
強迫性障害の最新薬物治療ガイドライン……………松永 寿人, 林田 和久
PTSDの薬物療法に関する各種ガイドライン……………前田 正治, 大江美佐里, 松岡美智子
注意欠如・多動性障害 (ADHD) の最新薬物治療ガイドライン……………遠藤 太郎, 染矢 俊幸

●原著論文

慢性統合失調症圏患者の治療における aripiprazole の至適用量に関する研究
……………藤元 君夫, 山口 成良, 松原 三郎
高齢者うつ病に mirtazapine 使用后, せん妄を来した 4 例
……………井上真一郎, 岡部 伸幸, 矢野 智宣 他
抗精神病薬服用中の統合失調症患者における QTc 延長について
……………藤野 純也, 谷口 典男, 筧 久仁子 他
Blonanserin の服薬中止率と投与後安定/寛解率
——統合失調症患者を対象とした長期投与試験の post-hoc 解析……………石郷岡 純, 中村 洋

●症例報告

統合失調症急性期における blonanserin・バルプロ酸併用療法の経験
……………國井 泰人, 丹羽 真一
Aripiprazole により局所脳血流および認知機能の改善を認めた
単純型統合失調症の 1 例——「発症危険精神状態」との関係に着目して
……………林 剛丞, 鈴木雄太郎, 新藤 雅延 他

●短報

Duloxetine の増量によりセロトニン症候群と思われる症状をきたした
反復性うつ病性障害の 1 症例……………森 清, 岡 五百理

星和書店

高齢者うつ病に mirtazapine 使用後, せん妄を来した 4 例

井上 真一郎* 岡部 伸幸* 矢野 智宣* 中村 真之**
牧 安紀* 岡久 祐子* 高木 学* 児玉 匡史*
松本 洋輔* 寺田 整司* 内富 庸介*

抄録: Mirtazapine (MIR) は, Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) と呼ばれる新規抗うつ薬である。今回, 我々は MIR によるせん妄が強く疑われた 4 例を経験した。全例, 身体疾患の治療を目的として入院中の高齢女性であり, 不眠を伴ううつ状態に対して MIR 15mg/日が処方された。4 例中 3 例では, MIR 内服開始から 3 日以内にせん妄が出現した。中止後の経過は良好であり, 4 例全例において速やかにせん妄は改善した。せん妄が惹起された機序としては, 前頭前野におけるドーパミン量の増大が関与している可能性を指摘した。身体合併症を有する高齢患者に MIR を使用する場合には, 十分な注意が必要である。 臨床精神薬理 14 : 1057-1062, 2011

Key words : mirtazapine, NaSSA, delirium, dopamine, elderly

I. はじめに

Mirtazapine (MIR) は, Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) と呼ばれる新規抗うつ薬であり, 本邦では 2009 年に発売が開始された。作用機序としては, α_2 auto-

receptor および α_2 heteroreceptor に対する拮抗作用が強く, それに比して α_1 adrenoceptor への作用が弱いことから, ノルアドレナリン (NA) 神経系では NA の放出を促進し, セロトニン (5-HT) 神経系では NA 系を介して 5-HT 放出を促進することが知られている⁵⁾。強力な 5-HT₂ および 5-HT₃ 受容体拮抗作用を有することから, 放出された 5-HT は専ら 5-HT_{1A} 受容体に作用すると考えられている⁵⁾。また, ヒスタミン H₁ 受容体にも強い拮抗作用を有している⁵⁾。

こうした作用機序から, 臨床的には優れた抗うつ効果や早期の効果発現が期待されており, 不眠や不安に対しても有効とされている⁵⁾。一方, 副作用としては, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) で問題となっている消化器症状や性功能障害は低頻度であるが³⁾, ヒスタミン H₁ 受容体遮断作用や 5-HT_{2C} 遮断作用のため, 眠気・過鎮静, 食欲亢進・体重増加といった, SSRI とは異

2011年1月26日受理

Four cases of the elderly depressed patients causing delirium after mirtazapine treatment.

*岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学

{〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1}

Shinichiro Inoue, Nobuyuki Okabe, Tomonobu Yano, Masayuki Nakamura, Aki Maki, Yuko Okahisa, Manabu Takaki, Masafumi Kodama, Yosuke Matsumoto, Seishi Terada, Yosuke Uchitomi : Department of Neuropsychiatry, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, 2-5-1, Shikata-cho, Kita-ku, Okayama, 700-8558, Japan.

**岡山県精神科医療センター

Masayuki Nakamura : Okayama Psychiatric Medical Center.

なる副作用が多く報告されている³⁾。

Mianserin はせん妄の治療薬としての報告があり^{7,10)}, MIR はその mianserin との構造類似性を有するためせん妄が生じにくいことが予想されたが, 今回我々は MIR によるせん妄が強く疑われた4例を経験したので, 若干の考察を付して報告する。

II. 症例の概要

1. 第1例

頬部粘膜潰瘍にて, 口腔外科に入院中の81歳女性である。入院の約3ヵ月前に夫が白血病で死亡している。今回の入院後, 元気がなく, zopiclone 7.5mg や clonazepam 0.5mg を内服しても眠れない状態が続くため, 入院16日目に精神科紹介となった。

診察時, 軽度の抑うつ気分がみられ, 不眠や食思不振も認められた。意識は清明で見当識は保たれていた。不眠を伴う軽度のうつ状態と考え, MIR 15mg 単剤で加療を開始した。当日夜, 全く眠れず, 点滴を抜くなど不穏となった。翌朝の診察時にも見当識の障害が顕著であり, MIR によるせん妄の可能性を考慮し, すぐに MIR を中止した。翌日には, 意識障害は改善した。その後すぐに, 急性の消化管出血を合併し, 総合診療内科に転科となった。不眠に対しては brotizolam 頓用で何とか対応可能となり, 約2週間後に退院となった。

2. 第2例

肺がんの肝転移疑いにて, 消化器内科に入院中の75歳女性である。入院直後より不安が強く, 不眠がちであった。Flunitrazepam 2mg に加えて, triazolam 0.25mg や zopiclone 10mg を内服するも不眠が続くため, 入院7日目に精神科に紹介となった。

自責的で悲観的な訴えも多く, 抑うつ気分が顕著であった。不安も強く, 不眠も認められたが, 見当識は保たれていた。不眠を伴ううつ状態と判断し, 内服中の flunitrazepam 1mg, zopiclone 10mg に加えて, MIR 15mg を追加した。翌日の

昼ごろから少し落ち着かなくなり, 翌々日には夜も全然眠れず, カニューラを抜いてしまうなど不穏が強い状態となった。見当識も顕著に障害されていた。MIR によるせん妄と考え, MIR のみ中止して flunitrazepam 1mg, zopiclone 10mg は継続しながら trazodone 50mg を処方した。変更後, 睡眠は速やかに改善, 見当識も正常に回復した。うつ状態も次第に軽快したため, 同一処方を継続し, 約2ヵ月後に退院となった。

3. 第3例

バセドウ病で, 内分泌内科に入院中の69歳女性である。入院前より不眠はあったが, brotizolam 0.25mg で良く眠れていた。入院後から不眠が増悪したため, zolpidem 10mg, etizolam 1.5mg に変更されたが, 眠れない状態が続くため, 入院15日目に当科紹介となった。

精神科診察により, 不眠に加えて, 軽度の抑うつ気分と不安も認められたため, 不眠を伴う軽度のうつ状態と判断し, MIR 15mg を追加処方した。開始後2日間は良く眠れたが, 翌朝への持ち越し効果がみられていた。3日目の夜間に, 「○○ちゃん, ○○ちゃん」と居ない人の名前を頻りに呼び, 場所を尋ねても返事ができないというエピソードがみられた。翌朝, 本人に確認すると記憶は途切れ途切れで「幻覚でもあったのかなあ」との発言が得られた。MIR によるせん妄の可能性を考慮し, MIR を trazodone 50mg に変更した。その後は, 同様のエピソードは認められず, うつ状態も軽快し, 約1ヵ月後に退院となった。

4. 第4例

僧帽弁逆流症にて, 循環器内科に入院中の74歳女性である。入院の10日前に夫が急死したこともあり, 入院直後より抑うつ気分や不安が目立ち, 不眠も続いていた。Zolpidem 10mg 内服でも不眠が改善しないことから, 入院4日目に当科紹介された。

意識清明であるが抑うつ気分や不安を認めており, さらには興味関心の低下, 意欲の低下も明らかであったため, 不眠を伴ううつ状態と考え, MIR 15mg, zopiclone 7.5mg で加療を開始した。

は夜
ど不
され
み中
は継
後、
た。
継続

女性
lam
が増
るに
完15

叩う
つう
開
効

ゃ
呼
び
憶
と
性
。

歳
も
、
眠
さ

お
ら

表1 4例のまとめ

症例	年齢・性別	原疾患	脳器質性障害の有無	投与後せん妄発症までの時間
1	81歳・女性	頬部粘膜潰瘍	両側慢性硬膜下水腫	約1時間
2	75歳・女性	肺がん肝転移	なし	約15時間
3	69歳・女性	パセドウ病	なし	約3日
4	74歳・女性	僧帽弁逆流症	なし	約2週間

その結果、睡眠状態は改善し、入院10日目に僧帽弁逆流症の手術が行われた。手術直後より不眠、不穏がみられ、haloperidol 点滴も施行された。手術から1週間後にも、不穏さは減少していたが、疎通が取りにくい状態は続き、時に拒薬もみられていた。症状に動揺がみられ、辻褃の合わない言動も続いていることから、うつ状態にせん妄が合併していると判断し、MIR が影響している可能性もあると考え、MIR を中止し mianserin 30mg を開始した。以後、辻褃の合わない言動は次第に減少し、うつ状態も少しずつ落ち着き、約1ヵ月後に退院となった。

III. 考 察

不眠を伴ううつ状態に対して MIR を使用し、せん妄状態となった4例を報告した。4例の簡単なまとめを表1に示す。この4例に共通する特徴としては、高齢女性であること、入院中であること、身体疾患を合併していること、また家族からの聴取等において入院前に明らかな認知症が認められなかったこと、が挙げられる。

まず、高齢者への投与については、65歳以上の高齢者を対象とした paroxetine との8週間の比較試験において、MIR では口内乾燥、体重増加など H₁ 受容体阻害由来によると思われる症候が多く報告されている¹⁰⁾。また、高齢者ではクリアランス値が10~40%減少するため、使用量の調整が必要とも言われているが^{5,11)}、性差については特に大きな差は指摘されていない⁶⁾。次に、身体疾患の影響であるが、肝障害や腎障害があると、クリアランス値が30~50%減ることが報告されており^{5,11)}、やはり MIR の用量調整が必要とされて

いる^{5,6)}。ただ、今回の4例については、全例が MIR 15mg/日の投与量と比較的少量であり、内服開始から中止までの日数についても、第4例は約2週間と比較的長いが、他の3例は、第1例と第2例では1日、第3例では3日と非常に短く、単なる MIR の過量でせん妄惹起を説明することはできないと考える。

MIR によるせん妄の既報告例としては、1例の器質性うつ病患者と2例の大うつ病患者において、MIR 30mg/日の投与により意識レベルの低下を伴い、幻覚や焦燥がみられたことが報告されている¹⁾。2例の大うつ病患者も軽度の脳器質性疾患を有していたことから、脳器質性疾患がせん妄の大きな危険因子になったのではないかと考察されている。本報告でも、4例すべてが高齢者で身体疾患を有し、入院患者でもあることから、せん妄の危険性が非常に高い患者群と言える。このような、せん妄の危険性が高い患者に MIR を使用する場合には、十分な注意が必要と考えられる¹⁵⁾。

本報告における4例において、MIR によりせん妄が引き起こされた機序を考察してみる。まず、動物実験ではあるが、ラットの前頭前野において、MIR が細胞外ドーパミン (DA) 量を劇的に増大させることは既に報告されている^{4,8)}。MIR が DA 量を増大させる機序についても、いくつかの仮説が提唱されている。

MIR が細胞外 DA 量を劇的に増大させる作用は 5-HT₁ 受容体アンタゴニストによって部分的に抑制されることから、5-HT₁ 受容体を介した作用が関与している可能性が指摘されている^{8,9)}。また、5-HT_{2a} アゴニストは、腹側被蓋野の r-アミノ酪酸 (GABA) 神経を活性化して、遊離された

表2 せん妄に使われる抗うつ薬、抗精神病薬と mirtazapine との薬理作用の比較
 (文献13と竹内潤一, 原田仁美, 神庭重信: 抗うつ薬の作用機序. 臨床精神
 医学講座 第14巻 精神科薬物療法 (村崎光邦 他 編, 松下正明 総編集),
 pp.132, 中山書店, 東京, 1999. より著者改変)

	モノアミン再取り込み 阻害		受容体阻害					
	SRI	NRI	α_1	α_2	5-HT _{2A}	H1	M	D2
抗うつ薬								
Mirtazapine	×	×	△	◎	◎	◎	×	×
Mianserin	×	○	◎	○	◎	◎	×	×
Trazodone	○	×	◎	△	◎	○	×	×
抗精神病薬								
Haloperidol	×	×	◎	△	△	×	×	◎
Quetiapine	×	×	◎	○	×	◎	△	△
Risperidone	×	×	◎	○	◎	○	×	◎

SRI: セロトニン再取り込み阻害, NRI: ノルアドレナリン再取り込み阻害, α_1 : アドレナリン α_1 受容体阻害, α_2 : アドレナリン α_2 受容体阻害, 5-HT_{2A}: セロトニン5-HT_{2A} 受容体阻害, H1: ヒスタミン H1 受容体阻害, M: ムスカリン受容体阻害, D2: ドパミン D2 受容体阻害

GABA が中脳皮質 DA 経路を抑制することが知られている⁹⁾。それゆえ, 5-HT_{2c} アンタゴニストである MIR は, 逆に5-HT_{2c} 受容体を介した GABA 神経の活性化を抑制することで, 中脳皮質 DA 経路を活性化する可能性も指摘されている^{4,9)}。さらに, α_2 heteroreceptor は DA 神経終末にも存在し, そのアゴニストは DA 遊離を抑制する。逆に, MIR は DA 神経終末の α_2 heteroreceptor に対してアンタゴニストとして作用するため, DA 遊離を促進すると考えられている⁹⁾。最後に, 5-HT_{2A} 受容体は, 中脳皮質 DA 経路を促進する働きもあれば抑制する働きもあるため, 5-HT_{2A} アンタゴニストである MIR が^s, 5-HT_{2A} 受容体を介して中脳皮質 DA 経路にいかなる影響を与えるかは複雑である⁹⁾。なお, 上記の既報告例では, せん妄の発生機序としては, 脳内における NA 濃度の上昇が関連している可能性が指摘されている¹⁵⁾。

MIR の化学構造は, 四環系抗うつ薬として広く知られている mianserin のベンゼン A 環をピリジン環に置換したものである¹³⁾。よって MIR と mianserin の作用機序は比較的よく似ているが^s, 両者の大きな違いとしては, mianserin が^s NA 再

取り込み阻害作用および α_1 receptor アンタゴニスト作用を有することが指摘されている⁹⁾。Mianserin はせん妄の治療薬としても評価されているが^{7,12)}, 前述の指摘のように mianserin は receptor アンタゴニスト作用として $\alpha_1 > \alpha_2$ であるのに対し MIR については $\alpha_1 < \alpha_2$ といった相違があり (表2), このことが mianserin との効果の差を引き起こしたのかも知れない。

以上, MIR によるせん妄が強く疑われた4例を報告した。MIR に関する文献をまとめた系統的レビューからは, 12種類の新規抗うつ薬を比較すると, MIR は最も有効な抗うつ薬として評価される可能性の高い薬剤であるが^{2,14)}, 忍容性については必ずしも優れていないと報告されている^{2,14)}。身体合併症を有する高齢者に MIR を使用する場合には, 副作用に注意しながら, その有効性の高さを上手に活用していくことが必要であろう。

文 献

- 1) Bailer, U., Fischer, P., Küfferle, B. et al. : Occurrence of mirtazapine-induced delirium in

- organic brain disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 15(4) : 239-243, 2000.
- 2) Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G. et al. : Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants : a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 373 (9665) : 746-758, 2009.
 - 3) 石郷岡純 : Mirtazapine の有害作用. *臨床精神薬理*, 12 : 1737-1744, 2009.
 - 4) Millan, M. J., Gobert, A., Rivet, J. M. et al. : Mirtazapine enhances frontocortical dopaminergic and corticolimbic adrenergic, but not serotonergic, transmission by blockade of alpha2-adrenergic and serotonin2C receptors : a comparison with citalopram. *Eur. J. Neurosci.*, 12(3) : 1079-1095, 2000.
 - 5) 村崎光邦 : NaSSA : Mirtazapine の基礎と臨床. *臨床精神薬理*, 12 : 1787-1814, 2009.
 - 6) 中神 卓, 古郡規雄 : Mirtazapine の臨床薬理学的特徴. *臨床精神薬理*, 12 : 1745-1753, 2009.
 - 7) Nakamura, J., Uchimura, N., Yamada S. et al. : The effect of mianserin hydrochloride on delirium. *Human Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 10 : 289-297, 1995.
 - 8) Nakayama, K., Sakurai, T., Katsu, H. : Mirtazapine increases dopamine release in prefrontal cortex by 5-HT_{1A} receptor activation. *Brain Res. Bull.*, 63 : 237-241, 2004.
 - 9) 中山和彦 : Mirtazapine のうつ病治療における期待. *臨床精神薬理*, 12 : 1767-1777, 2009.
 - 10) Schatzberg, A. F., Kremer, C., Rodrigues, H. E. et al. ; Mirtazapine vs. Paroxetine Study Group : Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 10(5) : 541-550, 2002.
 - 11) Timmer, C. J., Sitsen, J. M., Delbressine, L. P. : Clinical pharmacokinetics of mirtazapine. *Clin. Pharmacokinet.*, 38(6) : 461-474, 2000.
 - 12) Uchiyama, M., Tanaka, K., Isse, K. et al. : Efficacy of mianserin on symptoms of delirium in the aged : an open trial study. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 20(4) : 651-656, 1996.
 - 13) 渡邊衡一郎, 野村健介 : 新薬 mirtazapine の特徴—他の抗うつ薬との比較を中心に—. *臨床精神薬理*, 12 : 1721-1735, 2009.
 - 14) 渡辺範雄, 大森一郎, 古川壽亮 : Mirtazapine に関する臨床エビデンス : 系統的レビュー. *臨床精神薬理*, 12 : 1755-1765, 2009.
 - 15) 渡邊 崇, 大曾根彰, 下田和孝 : Mirtazapine はせん妄に対して有効か? *臨床精神薬理*, 13 : 1155-1156, 2010.

abstract

Four cases of the elderly depressed patients causing delirium after mirtazapine treatment

Shinichiro Inoue*, Nobuyuki Okabe*, Tomonobu Yano*,
Masayuki Nakamura*^{·**}, Aki Maki*, Yuko Okahisa*,
Manabu Takaki*, Masafumi Kodama*, Yosuke Matsumoto*,
Seishi Terada*, and Yosuke Uchitomi*

Mirtazapine (MIR) is a unique antidepressant that belongs to a new class of Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA). Here, we reported four cases in which MIR might be related to the occurrence of delirium. These patients were all elderly hospitalized women with physical disease and took 15 mg/d MIR for their depressed mood and insomnia complaint. Three of them developed delirium state within three days after initiation of MIR and all of them demonstrated prompt improvement after drug discontinuation. One possible hypothesis for the observed delirium is an increase of dopamine in the prefrontal region after administration of MIR. The present case report suggests that physicians should be aware of the occurrence of delirium when administering MIR to elderly patients.

Jpn. J. Clin. Psychopharmacol., 14 : 1057-1062, 2011

* Department of Neuropsychiatry, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical sciences. 2-5-1, SHikata-cho, Kita-ku, Okayama, 700-8558, Japan.

** Okayama Psychiatric Medical Center.

学術の 動向

7
2011

SCJ FORUM 日本学術会議

【特集】

20年後を見据えた 精神医学・神経学研究的展望

山脇成人／神尾陽子／尾崎紀夫／笠井清登／大川匡子／池淵恵美／
内富庸介／久保千春／祖父江 元／岩坪 威／水澤英洋／吉良潤一／
武田伸一／鈴木則宏／辻 省次／岡野栄之



コンサルテーション・リエゾン精神医学 研究の将来展望

内富庸介

1. はじめに

健全な身体に健康な心は宿る、身体を病むと心も病む。古くて新しいテーマである。20世紀の初頭、リウマチ患者や喘息患者の病勢に心の関与を見出した精神分析医が一般総合病院で活動をはじめたのが、現代のコンサルテーション・リエゾン精神医学につながる。

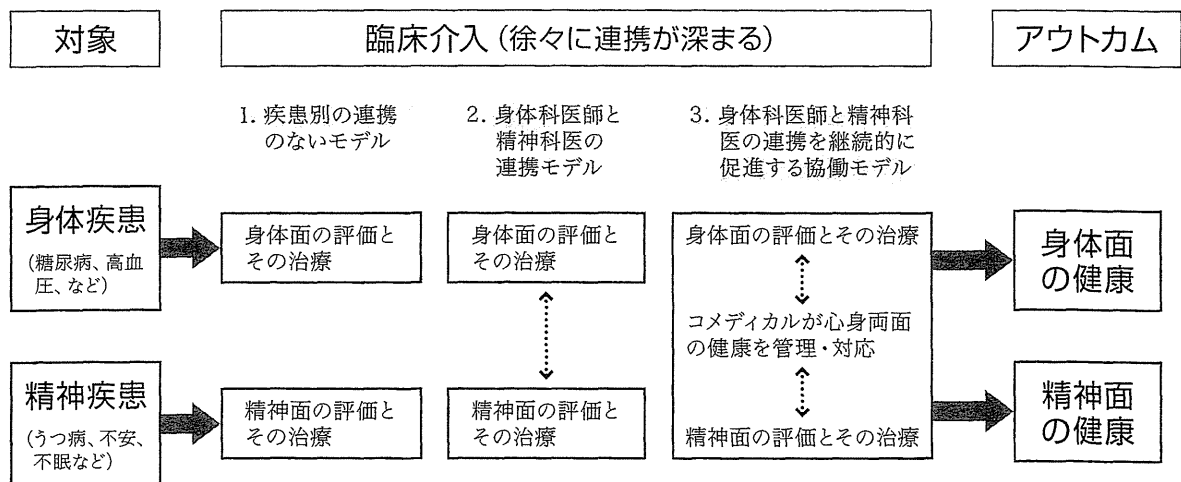
2. コンサルテーション・リエゾン精神医学とは

現在、一般病院でもっばら行われているのが、身体疾患を持つ患者の精神疾患、精神症状、精神面の問題の評価を精神科医が行い、助言や治療を行う精神医療である。これをコンサルテーション精神医学モデルと呼ぶ。このモデルは担

当医が精神科医に依頼しないと始まらないので、心の問題に気付かれた一部の患者にしか心のケアが提供されないという問題がある。消防士の活動に例えられ、問題が大きく（大火事に）ならないと対応できない。代表例は、術後せん妄、がん告知後のうつ病や自殺などである。

リエゾン Liaisonとは連携、連絡を意味し、1970年代から、予めがん病棟や救急病棟で高頻度に生じる心の問題の予防や早期発見につながる目的でproactiveに精神科医が症例カンファレンスに参加したりして、プライマリーチーム（担当医と看護師）をサポートするリエゾン精神医学モデルが開始された（図）。さらに進めて、移植、糖尿病、高血圧、緩和ケアといった医療チームなどに参画して統合された医療として行われる活動や、最近ではコストも意識して高度専門看護職が身体科医師と精神科医

図



の橋渡しを継続的に促進する協働モデルなどがある。消防検査官の活動に例えられ、精神疾患が軽症のうちにきめ細かい精神心理的治療とケアが提供できる。

3. コンサルテーション・リエゾン精神医学研究の課題

世界保健機構 WHO (2009) は寿命の損失と健康の損失、つまり quantity of life と quality of life (QOL、生命の質、生活の質) の損失を合わせて、各疾患の障害調節生命年 (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) を算出している。それによると我が国は、脳血管疾患 (一位) やがんをはじめとする慢性身体疾患と、うつ病 (二位) と認知症 (三位) をはじめとする慢性精神疾患が大半を占める疾病構造となっている。限られた医療資源の再分配を疾患毎の DALYs という指標の占める割合に従って英国は試みているようだが、経済的発展のピークを迎えた国において公平性を扱っていく方法の一つとして大変興味深い。そこで、本稿では、慢性の身体疾患と精神疾患を同時に抱える高齢化社会の我が国において、多様なニーズに応えながら最適の医療を安価で、納得して受けられる医療の実現に向けてコンサルテーション・リエゾン精神医学の視点から研究課題について述べる。

まず、高齢者医療でよく遭遇する問題となる例を紹介する。認知症患者は食事を誤嚥してし



PROFILE

内富庸介
(うちとみ ようすけ)
日本学術会議連携会員、岡山大学大学院精神神経病態学教授
専門：精神医学、精神腫瘍学

ばしば肺炎になるが、その回避のためにお腹に人工的に開けた孔 (胃瘻) を通して食事を提供する医学的処置を受けることがある。進行高齢がん患者は、医療者と短い面談をして、結果として短期的な医学的指標の改善を目指した過剰な医療を受けることがある。

これらの問題には、第一に、高齢者の医療を始める際、認知症やうつ病の合併による意思決定能力の障害の評価法が確立されていないことが挙げられる。そして、その先では意思決定能力の脳科学的基盤の欠如が関連している。現在の多忙極まる医療現場で、高頻度のうつ病や認知症はきちんと評価されているのか、インフォームドコンセントが適切に得られているのか、医療の意思決定が適切に行われているのか、甚だ心許ない。

第二に、難治・再発・進行がん代表されるように治癒のない状況 (終末期) においては、もはや寿命を単に延ばす医学モデルではなく、患者・家族の価値観も大きな物差しとなって医療は決定されるべきであるが、特に医師のための患者・家族の価値観を聞き出すコミュニケーション技術に関する学習の機会、医学教育卒

前卒後を通して十分に提供されているとはいえない。効果的・適切なコミュニケーション技術を確立するには、患者・家族・市民の多様なニーズに対応できる温かい医療者の人間性を涵養する研修プログラムの開発とその人材育成を扱う認知行動科学的研究が必要である。

第三に、コミュニケーションの基盤研究の不足。脳機能イメージングなどを用いた社会脳 Social Brain に関する脳科学研究に期待したい。行動面のみならず、認知心理学的裏付けが必要である。

第四に、患者・家族の多様なニーズに応える医療モデルの不足。多職種チーム医療は医師不足やコスト軽減を解決するだけでなく、多様性を受け止めるためには不可欠である。手術室の執刀医を頂点とする統制型チーム医療と違って、多職種並列型のチーム医療は未知の研究領域といってよい。高齢化社会では慢性身体疾患と慢性精神疾患が併存するため複数の医師が関与しており、リエゾン精神医学モデルの中で特にコストも意識する医療多職種協働モデルを提案したい。そして、医学、薬学、看護学、リハビリ・介護など保健学と共同で学生教育として、各職種固有の役割を尊重したチーム医療者間内のコミュニケーション技術を学ぶ多職種実習プログラムを提案したい。

第五に、患者・家族の価値観を反映するQOLは社会科学の領域であるが、時代を映す鏡であり、医療に生かすQOL研究が不足して、継続した研究、調査が必要である。

4. まとめ

コンサルテーション・リエゾン精神医学の立場から、慢性の身体疾患と精神疾患を同時に抱える高齢化社会の我が国で最適な医療を安価で納得して受けられる環境作りを目指す際の研究課題について述べた。

- 1) 医療における適切な意思決定を支える意思決定過程の脳科学的基盤研究の推進
- 2) QOLに十分配慮したコミュニケーション技術の教育・訓練法の開発及び医療人の育成
- 3) コミュニケーションの基盤となる社会脳研究の推進
- 4) 安価で実効性のある多職種協働医療モデルの開発、それを卒前から準備するための多職種チーム学習プログラムのカリキュラム化
- 5) 患者、家族の意向を反映する Quality of Life (社会科学) に関する継続した研究に期待したい。

こうした学術研究に裏付けられ、納得の医療を享受できた家族を通して医療体験が次世代に引き継がれていくことは、豊かな人間性の涵養につながり、その影響は我が国にとっても計り知れないと思われる。

.....
参考文献

1. Leentjens AF, et al: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists or psychosomatic medicine specialists. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. Psychosomatics. 2011 52:19-25.
2. Katon WJ, et al.: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med. 2010;363:2611-20.
3. Cacioppo JT, et al: Social neuroscience: challenges and opportunities in the study of complex behavior. Ann N Y Acad Sci. 2011, 1224:162-73. Epub 2011
4. 内富庸介ほか（編）：がん医療におけるコミュニケーションスキル. 医学書院. 東京. 2007

『学術の動向』

平成23年8月号以降の特集テーマ (案)

『学術の動向』では、今後の各号の特集テーマを以下のように予定しておりますので、ご期待下さい。

平成23年 8月号 「学術における男女共同参画推進の加速化に向けて
—アンケート結果をてがかりに—」 (仮題)

「災害・紛争・復興とジェンダー
—人間の安全保障の新地平—」 (仮題)

9月号 「新しい高校地理・歴史科教育の創造
—グローバル化時代を生き抜くために—」 (仮題)

「今、アイヌであること
—共に生きるための政策をめざして—」 (仮題)

編集委員会委員長後記

紫陽花の美しい梅雨の季節であるが、先月下旬には6月の最高気温が20年ぶりに更新されるという猛暑に襲われた。はたして盛夏はどうなることか。節電がブラック・アウトの危険を警告しながら奨励されているが、節電のために熱中症などで健康を損なうことのないよう細心の注意を払ってこの夏を乗り切りたい。それにしても、瓦礫の撤去がまだ終わらない被災地の夏が気懸かりである。どうぞ猛暑が襲ったりしませんように。

今月の特集は精神医学・神経学分野の研究の展望について。社会の高齢化が進行するいま、また、大震災から3ヶ月余を経て、被災者たちの精神・神経への影響が顕著に現れ始めるいま、大きな関心と期待が寄せられる分野である。まして、「日本の展望」表出以後の20年間を見据えての企画であり、総勢16名の研究者による論考は、当該分野の多岐にわたる多様な諸問題を取り上げていて、研究の現状と課題、発展の可能性・方向性を知ることができ、きわめて有益である。

高齢者ばかりではない。近年若者にうつ病患者が増加傾向にあることは、大学での学生指導の経験からだけでも実感することだ。患者の苦しみは深刻であり、また、社会的損失も大きい。それにもかかわらず、日本での研究は欧米ほどに進んでいなかったらしい。しかし、ゲノム・エピゲノム解析研究や脳画像解析研究等、研究方法の長足の進歩は、医療の新たな可能性を実現させつつあるという。また、神経学研究においても、治療が困難とされてきた神経疾患(例えばアルツハイマー病や筋萎縮性側索硬化症)について、分子生物学の進歩により、明るい光が差し始めている。

松橋教授による「日本の展望」は、東日本大震災の影響を考慮して再検討されたエネルギー政策の、今後10年間の決して楽観できない状況を明示して、きわめて重要である。ご寄稿に感謝します。

深甚な災害に立ち向かおうとする意欲を削ぐような政治の停滞のなかで、学術会議こそは科学の力への信頼と期待に真摯に応じて、現状打開に貢献していかなければならない。その姿勢の一端を本号は示していると言えよう。

『学術の動向』編集委員会委員長 桜井 万里子

『学術の動向』編集委員会

委員長

桜井 万里子

(日本学術会議第一部会員、東京大学名誉教授)

副委員長

池田 駿介

(日本学術会議第三部会員、東京工業大学名誉教授)

委員

町野 朔

(日本学術会議第一部会員、上智大学法学研究科教授)

福井 次矢

(日本学術会議第二部会員、聖路加国際病院院長)

室伏 きみ子

(日本学術会議第二部会員、お茶の水女子大学理学部教授)

北里 洋

(日本学術会議第三部会員、独立行政法人海洋研究開発機構
海洋・極限環境生物圏領域長)

辻村 みよ子

(日本学術会議第一部会員・科学者委員会委員、東北大学大学院法
学研究科教授)

野本 明男

(日本学術会議第二部会員・科学者委員会委員、(財)微生物化学研究
会理事長・微生物化学研究センター生物研究センター長)

笠木 伸英

(日本学術会議第三部会員・科学者委員会委員、東京大学大学院工
学系研究科教授)

桑原 博

(財)日本学術協力財団常務理事)

学術の動向

2011年7月1日発行(毎月1回1日発行)

第16巻 第7号(通巻184号)

定価 756円(本体720円)

1年間定期購読8,000円(税・送料込み)

編集
編集協力

『学術の動向』編集委員会
日本学術会議
(SCJ: Science Council of Japan)
〒106-8555
東京都港区六本木7-22-34
電話 03(3403)1906
URL <http://www.scj.go.jp>

発行

財団法人 日本学術協力財団
代表者 吉川弘之
〒106-0031
東京都港区西麻布3-24-20
電話 03(5410)0242
03(3403)9788
FAX 03(5410)1822
URL <http://www.h4.dion.ne.jp/~jssf>
印刷 株式会社キタジマ
〒130-0023
東京都墨田区立川2-11-7
電話 03(3635)4510
URL <http://e-kitajima.jp/>

※無断転載はお断りします。

落丁本・乱丁本は当財団宛にお送りください。送料は財団負担にてお取り換えします。

Published by : Japan Science Support Foundation 3-24-20
Nishiazabu, Minatoku, Tokyo 106-0031, JAPAN

CLINICAL ONCOLOGY 腫瘍内科®

Vol.8 No.1

July / 2011

特集 がん医療における家族ケア

がん医療における家族ケアの必要性 埼玉医科大学国際医療センター・精神腫瘍科 大西秀樹
がんがもたらす家族の精神医学的問題・心理社会的問題

遺伝リスクがある家族のメンタルヘルス 千葉県がんセンター・精神腫瘍科 堂谷知香子
小児がん患者の両親のメンタルヘルス 首都大学東京・看護学科 村上好恵
終末期がん患者の家族のメンタルヘルス 聖路加国際病院・小児科 小澤美和
相談支援センターで行う家族ケアの実践 東北大学・緩和ケア看護学 清水 恵, ほか
がん患者・家族総合支援センター 原田久美子, ほか
がん家族への情報提供のあり方と今後の課題

大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 平井 啓
がん医療における遺族のメンタルヘルス 帝京平成大学・臨床心理学 浅井真理子
死別を経験した子どもたちへの援助—悲嘆の複雑化を防ぐために—
甲南女子大学・看護リハビリテーション学部 瀬藤乃理子, ほか

話題

がん患者・家族の意思決定補助ツールとしての質問促進パンフレット
東京大学・がんプロフェッショナル養成プラン 白井由紀, ほか
親のがんを子どもにどう伝えるか 宮崎大学・教育文化学部 尾形明子
複雑性悲嘆療法 埼玉医科大学総合医療センター・メンタルクリニック 五十嵐友里

解説

家族ケアとがん対策基本法 国立がん研究センター・がん医療支援研究室 加藤雅志
家族ケアにおける看護師の役割 東京医科歯科大学・心療・緩和医療学 梅澤志乃
家族ケアにおける心理士の役割 白梅学園大学・発達臨床学科 小野久美子, ほか

連載

がん薬物療法専門医講座:
がん薬物療法専門医のための模擬テスト18—解答と解説—
高根大学・腫瘍センター 森山一郎, ほか

科学評論社

別後の病
ま何かー。

理解と早

子どもを支

森和美・
東京：誠

もたち！
青海社；

の臨床。
学書院；

grieving

g children
hological



話 題

がん患者・家族の意思決定補助ツール としての質問促進パンフレット*

白井由紀^{**},^{***} 内富庸介^{***},^{****}

Key Words : oncology, communication, decision making, patient participation, question prompt sheet

はじめに

質問促進パンフレットとは、病状や治療、治療中の生活などに関する質問例をあらかじめ記載したパンフレットである。患者は医師との面談前に、自身が尋ねたい質問に印をつけ、記載されていない質問を書き込むなどして面談に臨む。患者—医師間のコミュニケーションを促進し、患者の意思決定を補助する目的で開発されたこのパンフレットは、米豪を中心に、無作為化比較試験による有用性の検討が行われ、普及が進められている。

本稿では、まず、意思決定場面における患者・家族—医療者関係の先行研究および質問促進パンフレットの先行研究を紹介する。その上で、わが国のがん患者を対象として開発した質問促進パンフレットとその有用性について検討した研究を詳細に紹介する。また、質問促進パンフレットの臨床適用と、パンフレットが家族にもたらす効果についても言及したい。

意思決定場面における 患者・家族—医療者関係

検査結果を聞く、治療に関する話し合いをするなど、重要な面談場面において、患者・家族が情報を十分に理解し納得して意思決定をする

ためには、医療者との十分なコミュニケーションが不可欠である。そのコミュニケーションを阻害する要因の一つに、医療者のコミュニケーション・スキルの不足が指摘されている。現在、国内外で医療者を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発され、スキルの向上を目指した介入が行われている。しかしながら、コミュニケーションの阻害要因には、医療者側の問題だけでなく、患者のコミュニケーション・スキルの不足も指摘されている。Lebinsonらは、医師が抱えるコミュニケーション上の問題として、患者が心配事を話したり情報を求めたりしないことを報告している¹⁾。また、Butowらは、患者の多くが情報開示を望みつつも、何を聞いてよいかかわからず、医師は、患者が望む情報の種類や程度を量りかねていると指摘している²⁾。

家族にとっても、意思決定場面で医療者と十分にコミュニケーションをとることは難しい。終末期ケアにかかわる話し合いをする際に、家族は何を聞けばよいかかわからず、医療者に無知だと思われるのを恐れて質問ができなくなることが報告されている³⁾。また、的外れな質問をして医師に面倒をかけることを恐れ、質問を躊躇することもある⁴⁾。

以上のように、先行研究からは、患者・家族

* Question prompt sheet for cancer patients and family caregivers to facilitate their medical decision making.

** Yuki SHIRAI, R.N., Ph.D.: 東京大学大学院医学系研究科がんプロフェッショナル養成プラン〔〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1〕; Human Resource Development Plan for Cancer, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo 113-0033, JAPAN

*** Yosuke UCHITOMI, M.D., Ph.D.: 独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

**** 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室