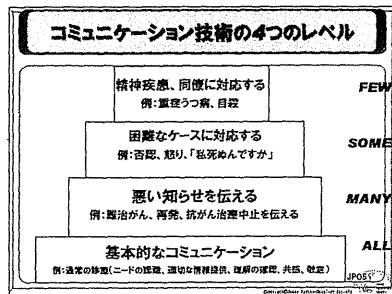
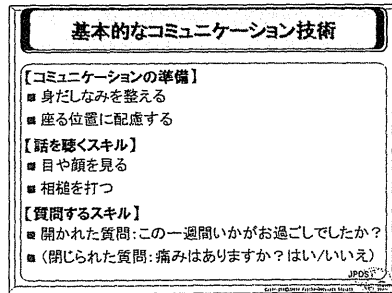


な過ごし方をしたいのかということをお聞きしておく、それを達成するためのがん治療をどういうふうに提供するかというふうな向き合い方になりますので、ずいぶん齟齬のない、受けて良かったという医療になるのではないかと思います。結果はQOL、早期から緩和ケアチームが肺がんの専門医と同時に関わるとうつ、不安も減ると。さらに予想外だったらしいんですけど、生存期間も差が生じている。早期から緩和ケアが掛かると、身体の維持に貢献した可能性や、抗がん剤をしてき投与につながったということが考えられ、身体、心の面、両方の面からも良い結果が得られるというのが今の、最新の結果であります。



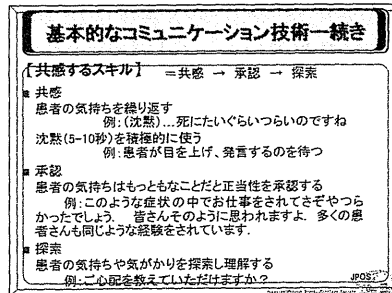
最後にコミュニケーションの話をして終わりにしたいと思いますが、4つのレベルがコミュニケーションにはあると言われてい

ます。基本のコミュニケーション、これは通常の診察でのコミュニケーション、通常の患者さんとの対話でのコミュニケーションですけど、書けばこれだけなんですけれども、ニーズの認識、ニーズに応じた情報提供、理解度の確認、そして共感、敬意を払う。書けばこうなんですけれども、意外と実行するのは難しいところ



です。基本的なコミュニケーション、皆さんには当たり前すぎることですけれども、初めて医療者を見たとき、患者家族はどこから情報を入れるかと言いますと、目と耳が大半です。視覚情報が6割ぐらい。3割以上が耳から。言葉によるコミュニケーションは医療者が思っているほど大きい割合をほとんど占めておらず、数パーセントと言われてい

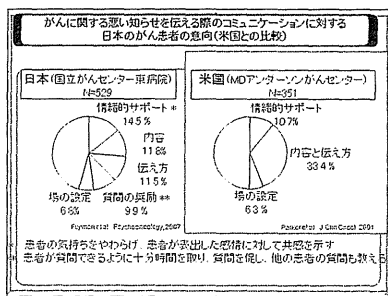
ます。ですので、よく「言った」「言わない」ということになるんですけど、基本的には医師の態度、表情、言葉のトーン、言葉の内容ではなくトーンによって、共感するスキル、これは第一段階に入れてはいますが、これができたら大半の患者さんはうまく行くんじゃないかと思える



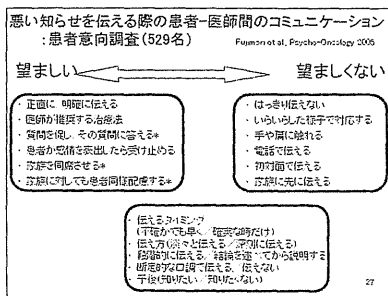
場合が、その間を嫌って、医療者が次から次に、矢継ぎ早に情報を入れようとするんですけども、その波紋が静まりませんので、なかなか頭に入っていない。色々、コミュニケーションの研修会などをやってみますとなかなか待てないですね。「この時間が耐えられない。」と言われます。関東でもだいたい1秒、2秒ですね。それはもうこちら側の間であって、患者さんが思っている間というのはやっぱり、患者さんが表情を、顔を上げて医療者を見るまでというのが一番正しい間の取り方だろうと思

いますので、是非一度、これは忍耐が必要ですが是非やってみてください。その次に、共感の次が承認です。もっともだと。「このような症状の中で、お仕事をされてさぞ辛かったでしょう。」「皆さん、そのように思われますよ。」「多くの患者さんも同じような経験をされています。」

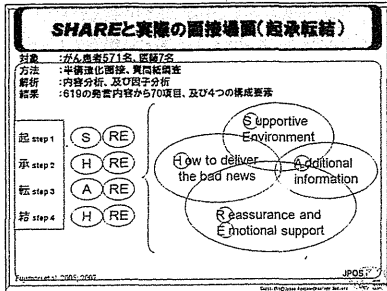
最後に探索。「どんなご心配か教えていただけませんか。」この、共感、承認、探索の順番の最初の重要なステップが沈黙です。これがうまく行かないのが、よく相談を受けるんですけども、「俺、大丈夫かな。」「俺もう死ぬんじゃないかな。」「この薬やってたら、抗がん剤で命とられるんじゃないか。」というようなドキッとするような言葉を、ふいにこちらに投げかけられると、汗をジワッとかいて、即座に「どうしてそう思われるんですか。今、緩和ケアで痛みを取ってQOLを大事にして…」何でもかんでもってマシンガントークでちょっとこちらが相手をコントロールしようと頑張ります。コントロールしないといけないのは本来、自分の感情、緊張感、不安感なんでしょうけど、矢継ぎ早に言おうとします。そこでグッと飲み込んで、「死ぬんじゃないかと思われたんですね。」っていう、患者さんが感情的になった言葉を少し間を置いて受け止め、「今の身体のたるさで思われるのは当然ですよ。さらに沈黙を置いて、「気がかりにされていることは何でしょうか。」共感、承認、探索と繋ぐと、娘の結婚式だったり、息子の就職だったり、孫の誕生だったり入園式だったり、仕事の計画だったり、色んな、時間が限られているのは分かっているんだけど、それが達成できるかどうかを聞きたいという時に、患者さんがそういうふうによ領よく医療者に聞いて下さったらいと思うんですけども、普通はそうではなくて、やっぱり感情的な言葉で、「あと何ヶ月生きられますか？」とかドキッとするような言葉で聞いてこられます。「ああそうですか。あと3ヶ月ですか。」というような返答をするのは一般的にはよろしくない。数字を出すのは決して正しい返答ではない。これは当たらないものですから、予後というのは数字でほとんど当たらないものですから、基本的にはどういふことをされたいのかという、その背景を聞くことが基本的には推奨されています。そういう会話が出るのはやはり難治がん、再発、抗がん治療中止など、死に直結する病気だからこそそういう話がよく出ます。



この悪い知らせを伝える時の、日本とアメリカの差というものを少しご紹介したいと思います。右側がMDアンダーソンがんセンターというアメリカでも1番、2番の非常に大きな、患者さんからもいつもミシユランのように点数を付けられると1番、2番の病院です。そこでがん患者さん351名にお聞きすると、「がんをどういふふうに伝えられたいか。」と質問すると、「はっきりとたくさん伝えて欲しい。」という意向が大半を占めます。もちろん落ち着いた場の設定とか、「気持ちのサポートもして欲しい。」という要求はあるんですけども、日本のがんセンター左部分と比べますと、ずいぶん違うものだなと。内容よりもむしろ気持ちのサポートを第1番に挙げておられます。医学的医療の内容はお医者さんに任せる。アメリカでは任せられないだろうな。これは多国籍、基本的に知り合いではないという前提がありますから、色んな価値観の人たちが住んでいるところなので。日本ではそこまでではないということなんではないでしょうか。さらに難しいと思うのは、「他の患者さんの質問も教えて欲しい。」とか、「質問を流して欲しい。」と。事実、海外ですと質問は7問、8問平均で出ます。がんセンターで質問を数えますと、0か1ですね。日本人は、基本的に医療者にあまり質問はしません。ですけど、後で非常にクレームが多くありますので、やっぱり質問を促したりすると同時に「他の患者さんはこんなことを聞いておられますよ。」ということまで説明しなければならぬほど、日本のほうが高度なコミュニケーションが期待されています。



望ましい、望ましくないというのを聞きますと、日本的なのは「家族を同席させて欲しい。」「家族にも配慮して欲しいです。」と



悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術(SHARE-CST)

※ SHAREを軸案件に 並べ替えたもの

起	面接室にて準備する ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、	面接の準備をする ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、
承	謝意を述べ始める ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、	謝意を述べ始める ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、
転	悪い知らせを伝える ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、	悪い知らせを伝える ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、
結	謝意を述べ始める ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、	謝意を述べ始める ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、 ・患者の顔を見ながら、

か「家族に先に伝えないで欲しい。」「手や肩に触れないで欲しい。」「イライラした様子で対応しないで欲しい。」こういったことは、はっきりしていますので、予めこちらが気をつければ良いということで、海外の教科書にあるので日本でもよくやっていた先生がいるらしいんですけども、本国のアメリカですら「手や肩に触れて欲しい。」と答えられたのは数パーセントですから、いかに医療従事者が勝手に思い込んで、手や肩にセクハラ、ドクハラじゃないですけども、一方的な時代が続いていたのかというのはよくありますけれども、もうひとつ難しいのは意向が分かるところです。

「予後を知りたい、知りたくない」が真っ二つに分かれますし、伝えるタイミング、段階的に伝える。非常に難しい間の取り方。これこそコミュニケーションの取り方の技術研修が必要なんではないかということで、日本人向けの面接場面における、起承転結で伝えるがんの伝え方、SHAREというものを開発しました。

それに基づいて模擬患者さん相手に医師が二日間かけて医師ががんを伝えていく研修を受けるんですけども、起承転結で伝えるステップというのは、がんに限らないので少しご紹介しようと思いますけれども、大事な知らせ、特に将来が見通しが変わるような重大な話をする時には、予め「次回は重要な話になるんですよ。ですから、ご家族も一緒に来ていただいたらどうでしょう。」これは少し、お腹に力を入れてもらう前準備です。男性でもふいにお腹を殴られると女性の力でもかなり堪えますけど、お腹に力を入れておいて、顔もそうですけど、「歯を食いしばれ！」と言われて殴られるのと、ふいに殴られるのは全然ダメージが違います。心も同じと考えて、面談の「起」の部分で事前に、そして当日会っていきなり伝えるというよりは、むしろ病気についてどんなふうにお考えになったのかという認識を確認することから始めます。疑っている人に、がんを伝えるのは容易なんですけれども、全くがんを疑っていない人に、ふいにがんを伝えるというのは非常にショックなことですし、またギャップがあれば検査の目的をもう一度振り返って、「こういう検査で今日来ていただいたんです。」という話をして、できたら「家族にはどんなふうに説明されましたか。」というふうに患者に確認すると、患者、家族、医療者の情報のギャップを知ることができます。初歩の段階でがんを伝えるんですけども、分かりやすく伝えた後、気持ちを受け止める共感の部分が非常に重要です。この気持ちの部分ともうひとつ、「私の話は速すぎないですか。」という確認をすることによって、もうここまででアップアップしている人は、「今日はここまでで十分です。もうこれ以上は…」と。もう少し聞ける人は、「続けてください。」とおっしゃいます。この確認を何度もはさむことによって、コップ一杯の情報で帰ってもいいと思っておられるのか、それともバケツ一杯聞いて帰りたいと思っておられるのか、過不足なく、少しだけ聞きたいと思っておられる方にたくさん伝えるというのはそれはもう暴力的になりますし、たくさん聞いて全部隅々まで聞いて帰りたい人に、おちょこ一杯だけ提供するというのは、それは不安をおおって追い返すことになりまので、情報量の確認というのは非常に重要なテクニックではないかと思えます。

この「承」の段階では、医学的な情報を伝えるので、医師は比較的上手なんですけれども、この「転」のところですね。医学的情報よりもむしろこちらの方に患者さんは興味があって、自分の生活、仕事、今後どうなるんだろう。自分に置き換えて、この病気はどういうふうな転機を迎えるのか、それに関してはやっぱり自分の仕事、自分の生活について目の前の医師と情報交換しない限り、なかなか良いコメント、アドバイスはもらえませんが、こういったところで医療者とのコミュニケーション、

これが多職種でやらざるを得ない日本の今の状況だろうと思いますけれども、ここまで面倒を見てくれるんだというふうに考えるには、この「転」のところで、患者の将来がどういうふうに変わっていくのか。そして面談をまとめると。

こういったことをがんセンターに15年いたんですけれども、一個一個日米比較からやって、日本人ではがんの専門医に何を求めているかという、むしろカウンセリングの基本を求めているんだなということから、カウンセリングのような研修会を行いました。がんセンターのドクターに協力してもらって、この2日間の研修を受ける前後で、模擬患者さん相手にビデオを撮りまして、どういうふうにかん告知をしているか点数を付けます。そうしたら、研修会の前後で、有意に沈黙して気持ちに配慮する。感情を話題にする。気持ちを支える言葉を掛けるという良いお医者さんになった。そのドクターの受け持ち患者さん600名にもご協力をいただいて、うつが有意に軽減したということから、精神科医が直接関わる心の専門家が直接関わるというのではなくて、やはり一番最前線におられるドクター、ナースの方々に少しこういうカウンセリングの技術を覚えていただいて、患者さんの心のケアにつながる。こういった方法は本をただしていくと、川の上流にさかのぼればのぼるほど、がんの専門医が言った最初のがんを伝えるところが源流でありますから、そこにアプローチするということになるかと思えます。



コミュニケーション研修会、今年はもう先週で終わってしまったんですが、全国4会場で行っていますが、さらに40時間来ていただければファシリテーターの養成、インストラクターになります。少しどういった内容になっているか見ていただけたらと思います。

(動画) がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会ががん患者が納得した上で、安心して治療を受けることができるように医師と患者の良好なコミュニケーションを目指して、医師のコミュニケーション技術の向上を目的として行われる研修会です。

この研修会は日本サイコオンコロジー学会の協力を得て、2007年からがん医療の現場に携わる医師を対象として全国各地で行われています。初年度の2007年は大阪、仙台、福岡、柏の4会場で行われ、およそ80名のがん医療に携わる医師が参加しました。また2008年は札幌、大阪、金沢、福岡、東京の5会場で開催されておよそ100名の方々が研修を受けられました。

研修会ががん医療において医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示すSHAREを習得することを目標として2日間の日程で行います。1日目はオリエンテーションの後、参加者4名と進行役の2名のファシリテーターで構成されるグループに分かれます。そしてコミュニケーションの必要性や、がん告知の伝え方が患者に与える影響などの講義が行われた後、この研修会の中心である進行がんを伝えるロールプレイが始まります。2日目はがんの再発、転移や、抗がん治療の中止を伝えるより難易度の高いシナリオでのロールプレイが行われます。

ロールプレイはSHAREプロトコルに基づいて行われます。4名の参加者が一人ずつ順に医師役として模擬患者、家族を相手に悪い知らせを伝える面接を行います。そしてコミュニケーションの難しい点などについて他の参加者やファシリテーターと共にディスカッションを行い、問題を解決していきます。それではどのようにロールプレイが行われるのか見てみましょう。

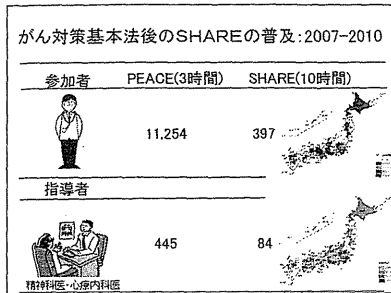
「鈴木さん、最近また血痰が多く出てきたということで、ご心配だったと思うんですけれども、CTの検査をさせていただきました。その結果を今からお話しようと思いますけれども、よろしいでしょうか。」

「心配されていたとは思いますが、やはり肺の中に新しい影が出てきましたので、残念ながら再発となっています。」

「はい、じゃあ今山田さんが気をつけて沈黙の間を十分取られたということですが、二宮さんは見られて、沈黙の時間についてはいかがでしたか。」

「山田さんの沈黙は程よい感じで、気持ちを受け止めているように思いました。」

「今の山田さんのうなずきが患者さんのうなずきと同調していたので、沈黙と同時にボディランゲージでしっかりと伝わっているというふうに、僕は見ました。」



「病状の経過だけではなくて、やっぱり気持ちに配慮するという返し方というのがやっぱり効果的で、今後厳しい話をしていけない中での前置きになっているのではないかと思います。」(動画終わり)

今現在、今年の400名の方が参加してくださって、ファシリテーターの方も84名誕生しています。ほぼ全国から参加者が来られていますし、インストラクターも中四国も広島、岡山入っていますし、少しずつ展開できるのではないかと。この10時間、それから指導者のほうは40時間さらに掛かるんですけども、もう少し短いバージョンで緩和ケア研修会をやってくれないかということ、3時間の非常に入門編ですけども、2万人の方が今、医師が研修を終了されています。インストラクターも430名おられます。

やっている内容はカウンセリング、支持的な精神療法で、これまで過去に行ってきたその人なりの病気の取り組み方、そういったところが研修会で取り扱えないかなと、こういうことをやっています。つまりがん、もしくはがんに匹敵するほどではないけど、2番目3番目の困難に向き合ってきた実績が、がん患者さん必ず持っておられますので、その時どういふふうに向き合ってきたかということをお伺いしていく過程で、そのやり方をもう一度今のがんに当てはめると、だいたいの場合ほうまく行きます。そういった時のプロセスで苦しみが治療者と分かち合えた時、それこそが非常に治療的になっていくと言われていています。

これは精神療法の基本という九州の松木先生が書かれたものを少し引用しているんですけども、治療環境、アメニティが良ければ皆さん、良いというふうに言われますけど、見た目のきれいさだけではなく、時間とか場所とか空間というのは、相手を人として尊重しているかどうかということを如実に伝える非常に重大な要素です。口は悪いですけども、汚い部屋であっても、その状況下でも最大限の配慮をされているかどうかで、相手に伝わるということは非常によくありますので、時間、場所、空間、音、ポケットベル、PHSが鳴らないようにする配慮ですとか、そういったことは非常に重要だと思います。

次に治療者の一貫性と恒常性。いつも会うたびにこの先生、この看護師さん、違うというのでは困りますから、仕事上の気分屋は封印する。精神科医は卒業して最初の数年で鍛えられるんですけども、話を遮らないで相手の話を聞く。結構年齢を重ねるご

カウンセリング: 支持的な精神療法
山島 博隆, サイコソングラー, 1987

病気の受容や死の受容を目指すのではなく、がんによって生じた役割変化、喪失感、抑うつなどを軽減することを目標とする。個々の患者における病気の与える意味を探り、理解し、これまで過去に行ってきたその人なりの病気の取り組み方で、困難を乗り越えていけるよう支えていく。

このためには治療者はまず、患者が今まさにここで感じている気持ち (here and now)、特に恐れ・不安の表出を促し、それを支持・共感し、非現実的な情報を与えるのではなく、現実的な範囲で保証を与えていく。苦しみが今まさに理解されつあると伝わったとき、治療となる。

精神療法の基本
松本 邦弘, 緩和ケア学 2005

- 治療環境
 - 患者個人を人として尊重していることを伝える。
- 治療者の一貫性と恒常性
 - 人と人との関係についての信頼の基盤(仕事上は気分屋を封印する)
- 受容的傾聴にもちこたえる
 - 話をさえぎらず必死に耐える
- 患者に受け入れられる口のはさみ方をする
 - 患者の心のありようを推し量りながらタイミングを待つ

自殺リスク評価 - 1

	例	結果
Empathic 共感(沈黙)...今の状況を何とかしようとして努力されていること、それがどんなに大変かよくわかります。	患者は、チャンネルを合わせてくれたと理解する。
Validating 承認	がんを抱えると多くの人に一瞬、自殺がとびます。特に、こんな絶望的なときには。	患者はみんなそうなんだ、自分だけ特別なのではないんだ、そして理解されていると感じる。

自殺リスク評価-2		
テクニック	例	結果
Exploratory 探索	1. 死んだ方がましだとか自殺した方がましだと考えたことはありますか？ 2. 具体的な方法や計画を考えたか？ 3. これまでに自殺を行ったことはありますか？	患者は今の問題に興味をもってくれたと感じる(助けてくれるかもしれない)。

困難なケース例2

■ 怒り

- 1 何に対する怒りなのか背景の理解に努める。
例: 医療者の不手際などを解可能な怒りなのか、行き場のない怒りが目の前の自分に向いているのか。
- 2 共感的対応をとる。
例: 「おつらかったですね」
「私があなたの立場でも同じ気持ちになると思います」
- 3 訪室を避けたり、態度を急に変えない。
- 4 怒りは蓄積された結果として表出されることがあるので、日々の基本的コミュニケーションに配慮する。

困難なケース例3

■ 泣く、涙を流す

- 1 まず共感的対応をとる。
例: 「…(沈黙)…」(患者がうつむいていた顔を上げる、話すなど患者の言動を待つ)
: ティッシュを差し出す
- 2 泣いているときには感情が非常に繊細になっているため、拒絶的な対応(例: 席を立つ)は避け、むしろ少し近づき、患者が落ち着くまで見守る。
- 3 一般的に患者は担当医に対して感情を押しやがちであるので、患者が泣くということは良好な関係であると考えられる。
- 4 涙の原因となっている感情(例: 恐れ、安堵、痛み、怒り、悲しみ、絶望)を理解する。

と、私も50過ぎてくると、人の話を遮らずに聞こうと思うと、だんだん血圧が上がってきます。動脈硬化がかなり進んでいるなど思うんですけども。若い頃は意外とよく聞けたんですけども、それだけまだ相手の人生を想像する力があまりなかったから、意外と気軽に考えていたのかもしれないんですけども、これ結構しんどい作業ですね。こちら側から何か口挟みたいと思ったときには、やはり絶妙なタイミングを待たなければ、特に自分の言いたいことを相手に伝えようとすると、相手の話を10聞かないとなかなか1伝えられない。これは管理者であればよく、部下にこうして欲しいんだけどという経験がおありの方であれば、よく分かると思いますけれども、1言って1聞く人はまずいませんで、人の話を聞いてからでないとなかなか聞いてくれないというところがあります。

困難なケース、「死ぬんですか。」これも自殺のリスクを、半年とか3ヶ月と限られている状況ゆえによく出てくる言葉であります。もう死ぬんじゃないかと思うんだけど、と言われるとドキッとしますけど、これも先程お話した最初の基本の共感、承認、探索と。今の状況を何とかしようと努力をされていること、それがどんなに大変かよく分かります。患者はチャンネルを合わせてくれたと理解する。「がんを抱えると多くの人に一瞬自殺がよぎります。特にこんな絶望的な時には。」患者はみんなそうなんだ。自分だけ特別変ではないんだ。理解されていると感じる。「死んだほうがマシだ、とか自殺したほうがマシだと考えたことがありますか。具体的な方法や計画を考えたか。これまでに自殺を行ったことはありますか。」患者は今の問題に興味を持ってくれたと感じる。助けてくれるかもしれないと。

怒り、正当な怒りもよくあるのでそのときはこちらが謝らないといけないと思いますけれども、行き場のない、やり場もない怒り、病気に対する怒りですよね。本来どこを責めていいか分からない怒り。その時も怒りの背景にある情けない、辛い気持ちに共感するというのがよく求められます。でも医療者はとかく怒りをぶつけられると弱い職種でありまして、良かれと思ってやっていることから怒りが生じて反応してくると非常に打たれ弱くなっています。

よく泣く、涙を流すというのは、特に若いドクターは苦手らしいんですけども、気持ちが解放された証しでありますので、むしろ良い共感を示しておられるところで初めて涙が出てくるかと思えます。拒否的態度も怒りと基本的にはよく似ていますし、家族が完全に伝えないで欲しいというのはずいぶん今は少なくなってきたと思いますけど。

それから最後に精神疾患に対応する。重症のうつ病、自殺、きと。これは精神科に繋げる努力が必要ですけども、あとチーム医療というのが4番目に入っています。耳障りが良く、チーム医療、チーム医療と言っていますが、本来多職種、職種の違う人たちが一緒にやるということは、ほんと紛争の火種ですね。今、中近東大変な時代に入っていますけれども、スンニ派だとか色々ありますよね。それ以上にドクター、ナース、コメディカルの方々、みんな出自も違う、教育も違う、この人たちが一緒にやっていくということは、イスラエルと同じようなものですから、喧嘩するもんだというところからスタートして、何が一緒かと言うと患者さんのQOLを上げるという目標だけなんです。

困難なケース例7

■ チーム内(多職種間)のコミュニケーション

1. 他の医療者の意見を遮ることなく、十分聞く
2. 患者の臨床像、意向をまとめる
3. 役割(例:責任の所在、自分は何をし、他の医療者は何をするのか)を明確化する
4. 同僚の立場に立ってみる
5. 自分の意見を明確にする
6. 急に避けたり、態度を変えることなく接する
7. 基本的コミュニケーションに配慮し、時間をかけて話し合う

日本サイコオンコロジー学会編
オンライン講義
<http://www.jpso-society.org/>

厚生労働省委託事業

- ・精神腫瘍学e-learning
- ・コミュニケーション



56

この目標を毎回毎回確認して、その一点だけで一緒にやれると思わない限り、この第4段階のコミュニケーションってなかなかうまく行きませんので。これは諦めてくださいと言っているのではないですよ。毎週、毎週、目標を確認しましょうねということを行っているんです。

ここにあるのはうつ病の話ですから、これはまた講演会ですとか、広島大学の山脇先生とか、色々うつ病の話がされていますので、飛ばしていこうと思います。

チーム医療の話も最後で出ていますが、他の医療者の意見を遮ることなく、十分聞く。これは結構大変ですよ。コケッココのように聞こえてくるときもありますよね。こちらもすぐにコケッココと言いたくなるような。同僚の立場に立ってみる。これも難しいですよ。急に避けたり、態度を変えない。限界はあるけど、自分の感情もコントロールしなければいけないということを学ぶには先輩、施設を離れた先輩なんかには話を伺うのが良いかと思います。

少し長くなりましたけれども、このサイコオンコロジー学会のホームページを見ていただくと、Eラーニングの今日お話ししたような内容が出ておりますので、是非一度ご覧いただけたらと思います。少し長くなりましたけれども、ご清聴ありがとうございました。

(本稿は、平成23年2月20日開催の第36回広島県病院学会を講師に加筆訂正して頂いたものです。)

2011/8051A (14/20)

臨床精神医学 第40巻 第10号 2011年10月28日発行 (毎月1回28日発行) 昭和48年1月31日第3種郵便物認可 ISSN 0300-032X

臨床精神医学

Japanese Journal of Clinical Psychiatry [Jap J Clin Psychiatry]

Vol.40 No.10 October 2011

10

特集●症状性を含む
器質性精神障害の症例

〈特大号〉

アークメディア

座談会

症状性を含む器質性精神障害の症例

出席者 (発言順)

武田 雅俊 (司会) 兼本 浩祐 内富 庸介
 (大阪大学) (愛知医科大学) (岡山大学)
 (精神医学分野) (精神神経科) (精神科神経科)

清水 徹男 八田 耕太郎
 (秋田大学) (順天堂大学)
 (精神科学分野) (練馬病院)



(2011年6月16日, 東京都内にて)

武田 本誌では「症状性を含む器質性精神障害の症例」という課題で症例報告を公募し、加えて症状性・器質性精神障害に関する座談会をしようということになりました。今日おいでいただいた先生方にご専門のお話をさせていただいて、それに対する質問というようなかたちで進行していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。兼本先生にはてんかんの精神症状および器質性てんかんについて、清水先生は睡眠障害、八田先生はせん妄、リエゾン、精神科合併症について、内富先生にはサイコオンコロジー、リエゾン精神医学という分担でよろしいでしょうか。

特にこの座談会でお話いただきたいのは精神科

と他科との連携、協同作業ということです。1人の患者さんを精神科と他科とで一緒に診るといような場合にどのようなノウハウがあるか。どのようなところで苦勞するか。どのような点を改善したいかというようなこととお話いただきたいと思えます。

他科との連携を考えるにあたって、精神科を含む複数の診療科が診ている疾患があります。例えば代表例では認知症は精神科も神経内科も老年科も診ます。そういうタイプのものと、原疾患があってそれに精神科の共観が要求されるような場合があります。例えばリエゾン精神医学というような領域はそういう括りになろうかと思えます。これ



たけだ ままとし
武田 雅俊 先生

1972年ダートマス大学卒業, 1979年大阪大学医学部卒業, 1983年大阪大学大学院卒業。1985~1987年フロリダ大学神経科学部門およびベイラー医科大学分子生物学部門にてリサーチフェロー, 1991年大阪大学精神医学教室講師, 1996年同教授。International Psychogeriatric Association (IPA)のPresident。日本生物学的精神医学会理事長。精神神経学会, 老年精神医学会, 認知症学会, 神経精神薬理学会, 統合失調症学会, 神経精神医学会, 未病システム学会の理事。Psychiatry and Clinical Neurosciences, Psychogeriatrics, 精神神経学雑誌, Dementia Japan, Cognition and Dementia, Schizophrenia Frontierの編集委員長を務める。

らを2群に分けてということではありませんが、最初は、てんかん、睡眠障害、認知症について、特に他科とのすみ分けとか連携という部分についての問題、現状、課題などをお話いただいてそれに対してご意見をいただくかたちで進めていきたいと思ひます。後半では八田先生と内富先生にお話いただいてから他の先生からコメントをいただくかたちで進めたいと思ひます。

てんかん治療における精神科医の役割

てんかんという疾患は、昔は精神神経科が主に

診ていた疾患ですが、最近はある意味では偏った見方かもしれませんが、抗てんかん薬を処方すれば誰でも診れるというような風潮もあるのかもしれない。神経内科にてんかんの患者さんが行くようになり、子どものてんかんは小児科、外傷性、2次性のてんかんは脳外科でもよく診ているように思ひます。そういう複数の科の中で精神科医がてんかんを診るときに注意すべきこと。とくに他科とのすみ分けとか、連携などについて兼本先生からご紹介いただきたいと思ひます。

兼本 なかなか難しい課題です。1つには先生のおっしゃるように歴史的な経緯があつて日本ではてんかんを精神科医が診ていますが、諸外国で精神科医がてんかんを診ているところは現在ではほとんどありません。てんかんの専門医というのは例えばアメリカですと神経内科の専門医を取つてそのサブスペシャリティとして、てんかんの専門医がいるという構造になっていますが、神経内科医でないてんかんの専門医というのが構造的にあり得ない。韓国などもそうです。日本は例外的に神経内科と精神科と脳外科と小児科の4科がいずれもてんかんの専門医を有している状況です。こうした状況にはいいところもある悪いところもあると思ひます。昨年てんかん学会で1つの座談会をしました。その中で、現在アメリカで神経内科医としててんかんを専門的に診ていらっしゃる河合先生と自分でてんかんセンターを開設していらっしゃる精神科医の曾我先生をお招きしたのですが、このお2人の対照性が私にはとても印象に残りました。といひますのは日本でてんかんをやっている人というのは、これはてんかんでなくても他の慢性疾患でもそういう傾向はあるのでしょうか、どこかで患者さんの人生を抱え込もうとします。そういう意識のない人でも長く診ている患者さんは自分の患者さんとしてある種のホームドクターのように感じているところがあつて、その患者さんの人生に対してある種の責任を感じているようなところがある。曾我先生はそれを煮詰めたような存在で、アメリカではこうした感覚の違いを河合先生が有り得ないと指摘されていました。アメリカではある種、パーツ、パーツで診て

いって責任を分散させ、例えばそのことによる弊害をカバーするために主治医機能をもった別の医者がいたりすることすらあるそうです。てんかんを診ていくうえで、小児のてんかんは小児神経という明確な分野があってそこで診る。問題は成人のてんかんをどう診るかということですが、いまは日本ではノー・マンズ・ランド的になっています。精神科医はどんどん引き上げていって、その割に神経内科の先生は興味が今まではそれほどなかった。脳外科の先生の一部には非常に専門的で、スーパーマンのように何でもできる先生がいて、患者さんの薬物治療もできるし、外科治療ももちろんできる。しかし多くの脳外科の先生はほとんどてんかんには興味がない。質は外国のどこにもひけをとらないくらい高いと思うのですが、日本的な迷路のようなわかり難さがあるとは思いますが。

武田 ありがとうございます。精神科でてんかんを診る人が少なくなっていることについて、それはいいことですか？ それとも憂うべきことでしょうか。

兼本 少なくとも誰も専門で診る人がいなくなるということは憂うべきことですね。そのことは別としても、例えば側頭葉てんかんの一部の方とか、あるいはIQがかなり落ちてきてしまって、話がとても迂遠でわかりにくく主訴が何かを時間をかけて考えなくてはならない人や、その人の病気を考えるうえで社会的な枠組みの中で、この人をどう診ていくかという視点なしではうまくいかない人たちがいると思います。そういう人を診るのは精神科医が得意とするところだと思います。それが神経内科の先生ができないという意味ではなくて、精神科医的な眼差しが必要なたんかんの患者さんはたくさんいらっしゃるということです。もう1つはてんかんという病気はあるてんかん発作を起こしたときに、それがてんかんの発作なのか、つまり器質的なものか、それとも心因的なものか。あれかこれかを截然として決める必要がある。心の要素もあれば、脳の要素もあるし、社会的な要素もあるという見方ではとりあえずは通用しません。もちろんそうした水準のそれ



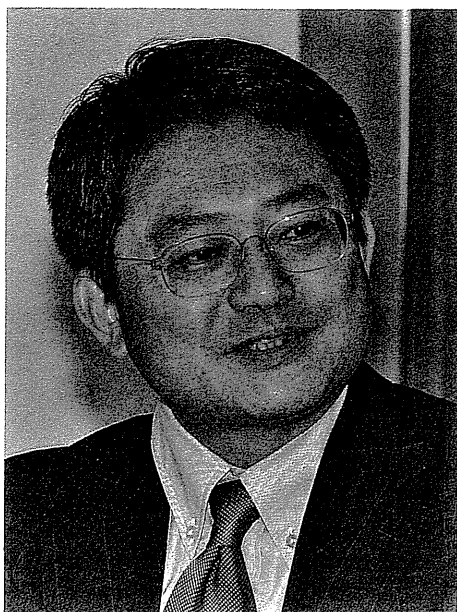
かほもと こうすけ
兼本 浩祐 先生

昭和60年～平成12年まで国立療養所宇多野病院精神神経科・関西てんかんセンター勤務。この間、昭和61年～昭和62年までベルリン自由大学神経科外人助手。平成12年、松蔭病院勤務。平成13年9月より愛知医科大学精神医学講座教授。

ぞれが全部重要ではあるのですが、その人がてんかんの発作をもっているのであれば抗てんかん薬を使わなくてははいけないし、場合によっては手術にもっていかなくてははいけない。そうではなくて心因性のものであれば基本的にはてんかん薬は中止すべきですが、とりあえずはすべきことは全く正反対の方向になるわけです。精神医学を行ううえであれかこれかの線引きこそが、死活的な意味をもつ疾患を一度は通過しておくのは悪いことではないと思います。

武田 いま先生が触れられたてんかん患者の全人生を主治医として抱え込むという、非常に精神的な姿勢というのは別に悪いことはないですけど、特定の個々の患者さんについて、心か脳か社会かというのをちゃんと決めるということではできるものでしょうか。

兼本 場合によってはどれも大事ですではなくて、戦いの主要戦場を決めないことには通用しな



うちとみ ようすけ
内富 庸介 先生

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教授。1984年3月広島大学医学部卒業。国立呉病院・中国地方がんセンター精神科，米国スロンケタリングがんセンター記念病院精神科，広島大学医学部神経精神医学教室講師を経て，1995年9月国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部室長，翌年，同部長。2010年4月より現職。専門分野：精神医学，精神腫瘍学，神経科学

い場合があるということです。

武田 そういう意味では，古い用語ではありませんが，ヒステロエPILEPSY (histero-epilepsy) みたいな発作を，てんかんか心因反応がよくわからないという症例に，その場その場に合わせて精神科医が対応していたというのは，ある意味では割り切れていないといえますか，この症例のこの部分ではてんかん発症だということを確信をもって診断するという努力をもう少ししてもいいだろうということですか。

兼本 一生懸命やっても最終的に鑑別できない人もいますが，多軸的な診断が単なる問題の羅列になっては役に立たないのではないかと思います。

武田 もう1点ですが，古い教科書ではてんか

んは確かに発作があるけれども，たいていの場合，性格変化や精神症状がでてくるからそういう部分も忘れてはいけないと教えていました。発作のコントロールだけというより，精神科的なものの見方というのにも必要かという気になりますが，そういう見方はもう一度見直してもいいだろうということですか。

兼本 それはそう思います。明確な精神病がでる人はてんかんの全体の3%程度ですが，生活に与えるその影響は甚大ですし，てんかん性の性格変化も側頭葉てんかんの大体8~10%といわれ，てんかん全体からみれば少ないのですが，強烈な印象があるので非常に大きなインパクトがある。すべての精神症状を含めると，確かに高い比率になります。抗てんかん薬そのものに抗うつ作用があったり，逆に抑うつを助長する作用があったりしますので，抗うつ剤や向精神病薬の足し算だけではなくて，抗てんかん薬の引き算が精神症状の治療に必要な場合があって，抗てんかん薬そのものを引かないと精神症状が安定しない。変わらない場合があります。例えばベンゾジアゼピンが出ていたり，フェノバルビタールがでていようような人だと，抗てんかん薬そのものに切り込まないと精神症状をどうしようもない場合などある。日本ではそうした現象は，諸外国よりも早くから意識されてきたのは精神科医がてんかんを診てきたことと関連しているように思います。

武田 なるほど。兼本先生からてんかん診療の他科との連携の難しさをお話いただきました。最近新しい抗てんかん剤がいくつかでてきています。読者のために，ここ2~3年くらいの新しい抗てんかん剤についてお話を聞きたいと思えます。

兼本 非常に大ざっぱにいいますと，抗てんかん作用そのものに関しては，例えばフェニトインとかフェノバルビタールよりもはるかに抗てんかん作用が上回る薬はでていないと思います。他方で安全性であるとか，使いやすさ，飲む人の負担という意味では相当改善がみられる。ガバペンチンは安全性は高く年齢の高い人でも使いやすいですが，薬効が少し弱い。トピラマートは薬効は強

くてフェニトインやフェノバルビタールに匹敵しますが、増量を急ぐと高次脳機能に負担がかかり、使い方によっては患者さんが負荷を感じやすい薬です。ラモトリギンは非常に飲みやすい薬で多くの患者さんが飲むことを負荷に感じないという意味では優れた薬で、ガバペンチンよりも薬効も高いですが、スティーブンス・ジョンソン症候群の発症頻度が他の新規抗てんかん薬と比べると高いということがあって、それに注意する必要があります。レベチラセタムは薬効は強く、早めにタイトレーションができますが、一部で合わない人がいてその人たちにとっては負担がかかる場合があります。

内富 ちょっと聞いてもいいですか？ ラモトリギンのスティーブンス・ジョンソン症候群というのはオーダーが違うくらい多いのですか？

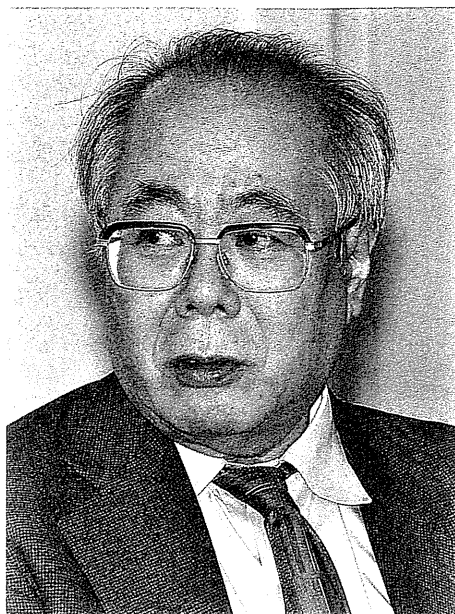
兼本 オーダーが一桁ぐらい違うと思います。

内富 てんかん領域に限らず双極性障害のうつ状態に使うという話がありますが、注意喚起とかなされていますか？

兼本 注意喚起を製薬会社はかなりきちんとやっているといます。スティーブンス・ジョンソン症候群に関してカルマパゼピン、ラモトリギン、フェノバルビタール、フェニトインはおおざっぱには同じような危険性と考えてよいかと思えます。少し遅れてDIHSと呼ばれる危険なアレルギー反応が起こる可能性もありますが出現する場合があります。

武田 DIHSというのは何ですか。

兼本 Drug Induced Hypersensitivity Syndromeがフルスペルですが、スティーブンス・ジョンソン症候群が薬を出してから2カ月以内におおよそ出るのですが、もう少し遅れて1～3カ月後くらいに出る薬疹があって、放置すると多臓器不全になって死亡することがあります。バルプロ酸と併用すると血中濃度が急激に上がりますから、躁極II型に使う場合、もともとバルプロ酸を出している人に併用する機会が増えると思えますから、それはかなり気をつけないといけないと思います。最初の2～3カ月くらいは慎重にということです。



しみず てつお
清水 徹男 先生

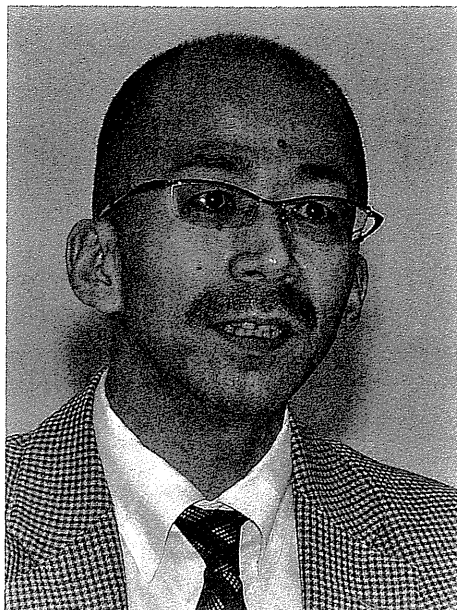
秋田大学精神科学分野教授。昭和52年大阪大学医学部卒業。昭和58年秋田大学医学部助手、講師、助教授を経て平成10年より現職。日本睡眠学会理事長。

武田 ありがとうございます。内富先生がお聞きになったように、いくつかの抗てんかん剤は確かに気分障害、双極性障害に使いますね。ラモトリギンも適応拡大の治験が進んでいると聞いています。それはどう理解すればいいでしょう。

兼本 ラモトリギンがある種のうつに効くのは確かなように思えます。特に双極のうつに対して有効で、それに対して単極のうつには無効だといわれています。それがなぜ効くのかは私はよくわかりません。

睡眠医学と精神科医

武田 どなたにも正確な作用機序はわからないのでしょうか。不思議ですね。SSRIも薬がでると適用が広がっていきませんが、よくわからないところもありますね。では、続いて睡眠障害について清水先生から、他科との連携、精神科医が睡眠障害を診るときの課題のようなことについてお話を聞きたいと思っています。



はった けんじろう
八田 耕太郎 先生

昭和62年金沢大学医学部卒業，平成3年金沢大学大学院修了。東京都立松沢病院，ユトレヒト大学ルドルフ・マグヌス研究所，東京都立墨東病院，北里大学を経て，平成14年から順天堂大学。21年より順天堂練馬病院・先任准教授。専門領域は救急精神医学，精神薬理学。日本総合病院精神医学会理事，日本精神科救急学会理事として，精神科救急医療ガイドライン，せん妄の治療指針などの作成に携わっている。

清水 わかりました。兼本先生のとんかんと同じですが，1960年代，精神科と神経内科が日本で分かれる前に脳波が入ってきて，脳波をみるのが精神科の医者が主たるものだったという歴史があります。それが睡眠とんかんをもっぱら精神科医が担ってきたことのルーツです。国際的にみると少しガラパゴス状態といってもいいかもしれません。ただ，そのメリットもあるというのはとんかんの場合と似ています。われわれが睡眠をやっていて一番嫌なのは，睡眠時無呼吸を診ることです。誰も他の人が診てくれないので睡眠時無呼吸を精神科の睡眠をやっている者が診てきましたが，保険の適用になると途端に呼吸器内科であるとか，耳鼻科が参入してきた。それは私にとっては助かることでもあります，その人たちは脳

波を診ないので呼吸だけみておられるという問題があります。したがってきちんとQOLまで管理できるような治療になっているかどうか怪しい。クオリティコントロールするために学会で認定医制度をひいて，他科の医者も睡眠医療について基礎知識をもっといただくというかたちにしたのですが，まだまだ認定医数が足りない。そこで睡眠障害についてGPの方が遭遇したときにこの手のものはどこに紹介するか。睡眠障害専門クリニックは少ないものですから，これは神経内科に振ったほうがいい，これは精神科といった，GPにとっての睡眠障害振り分けのチャートを厚生省の研究費をいただいて作りました。無呼吸のほうは呼吸器内科や，CPAPをやっているところに紹介すればことが足りると当初私も思っていました，最近の問題は無呼吸の中にうつうつの合併がかなり多い。うつうつの難治例中に無呼吸の合併がかなり多い。どちらも無呼吸の治療，場合によってはうつうつの治療。どちらも必要な場合がある。そのときの連携が現在では十分なされていないことも1つ問題になっています。また睡眠時無呼吸は過眠の病気と思われていますが，不眠の方が半数近くおられます。この方々がいまの水準ですとキャッチできていない可能性があります。睡眠時無呼吸はGコードでありますから身体疾患であると思っていましたが，そうもいかない部分がある。それからナルコレプシーもGコードですが，これについてもリタリン問題があります。そうすると精神科との接点が非常に大きくなってしまいます。現在リタリン登録医というのはほとんど精神科医で，一部神経内科医ですね。きちんとリタリンが必要な方を見分けることはMSLTなど客観的な検査をやらなくてはいけないわけですが，それをマニュアル通りにやっていたらいけない。リタラーと称する人たちはテクニックをもっていて，しばらく抗うつ剤を飲んで，パッと止める。レム睡眠が短くなってナルコそっくり。いろいろ手練手管をもって，それがネットで横行している。そういう世界もあります。かなり精神的な知識と睡眠の知識が両方ないとリタラーにコロリとやられる可能性があります。過眠症のところはリタリン問題があ

りますので神経内科の先生だけではきついで、精神科医と上手く連携をとっていかないといけないと思っています。レストレスレッグス症候群は精神科と神経内科両方に振るというかたちになっていますが、神経内科は末梢神経障害や脊髄障害をよくご存知ですので、鑑別診断が難しいのは本来は神経内科の先生に診ていただいたほうがいいと思います。典型例は精神科の先生でも十分診られると思います。いまのところは精神科と神経内科、どちらで診てもらってもいいのではないかと思います。それと parasomnia (睡眠時随伴症) です。この中でややこしいのが RBD です。RBD については神経内科が最近頑張っ て診てくれています。レビー小体病あるいは、パーキンソン病の前駆状態であるということがかなり確定してきています。神経内科が一生懸命診てくれています。せん妄が混ざってきたり、RBD 自体もせん妄に移行する睡眠時随伴症重複障害もありますので難しいですが、ここも精神科と神経内科の両方の知識がないと難しい領域だと思います。睡眠覚醒リズム障害。これは神経内科も興味もってくれませんので、精神科で診ざるをえないです。これには1次性のもつと、2次性のもつがある。ひきこもつた結果、リズムが狂っているのと、本来的に時計がおかしいのとその違いは睡眠をやっている精神科医でないと難しいだろうと思います。不眠については全科で診ているはず。国家試験に精神科が入つた理由の1つはうつをGPがちゃんと診れていないということがありましたね。単なる不眠症として扱われている中にうつ病の方がかなり混ざっているだろうというのは想像に難くないところ。おそらく内富先生の緩和ケアやリエゾンの現場でも身体科の医者は眠剤を出していただけますが、それによって事態がこじれている場合が若干あるのではないかと危惧されるところです。不眠は全科で診ているはずだから専門性はないようなものとはいっても、精神科が頑張らなくてはいけないところがあると思います。

武田 ありがとうございます。特に先生がおっしゃつたナルコレプシーに対するリタリン処方はいまは登録医制度の下で進んでいます。いまの登

録医制度というのは大過なく進んでいる状況でしょうか。以前と比べると処方しづらいつというのには確かにありますが、リタリンの登録医制度の状況というのはどうなつていますか。

清水 精神科が圧倒的に多いというのはありますが、リタラーは着実に減つています。リタリン処方ものはものすごく減つています。リタリン処方の前にMSLTをやることを学会のガイドラインで作らして、他科の先生にもリタリンを処方するときにはいっぺん睡眠学会の認定医療機関に回してくださいというような呼びかけをしています。MSLTの関門をくぐるのはかなり難しいことですので、マニャックなリタラー以外はそれだけで諦めてしまつ。魔除けの役割は十分あるということです。

武田 なるほど。患者数が多いのは先生が最初におっしゃつた睡眠時無呼吸(sleep apnea)だろうと思います。それについて呼吸器内科、耳鼻科、精神科が主に関与していますが、先生からのメッセージは呼吸器内科の人、耳鼻科の人にももう少し脳波をちゃんとみてくれということですね。

清水 はい。つまり睡眠が改善していないけれど、呼吸だけみたら呼吸は改善しているからいいだろうということと終わつてしまつますと患者さんの問題は解決しないことが往々にしてあります。

武田 ラメルテオンが新しい睡眠導入剤として導入されました。ラメルテオンは今までのフェノバル、ベンゾジアゼピン一辺倒の中でどのような波紋を引き起こしたのでしょうか。

清水 メラトニンのアゴニストということとリズム関連の薬という位置づけですね。睡眠のスイッチを入れるという役割を果たす。ただし、直接の催眠作用は比較的弱い。日本では時間生物学に強い先生が多いので、ラメルテオンを世界で一番使いこなしているのは日本の先生ではないかと思つています。睡眠覚醒リズム障害に対してはラメルテオンが出たおかげで今まで治りにくかつた非24時間リズムとか、明瞭なリズムが認められない方、DSPSに比べても治りにくかつたですが、これがかなり治るようになつましたね。睡眠と

覚醒のリズムとそのメリハリをつけるという点では、せん妄などにもいいのではないかと。年寄りのBPSDにも使えないかというようなことも考えられています。もう1つは広い意味での bipolarity のある方の場合にはかなり不規則な生活を送っていることが多いので、リズムを整えてあげるとメンタルのほうにもよい影響がでる可能性があるのではないかと。そういうことを期待しています。睡眠薬としては弱いですがリズム調節のほうで使ってみようというさまざまな動きがあります。この分野では日本発のよいエビデンスがでてくる可能性があると思います。

武田 メラトニン受容体アゴニスト作用を有するラメルテオンは昨年から使用され始めましたが、睡眠覚醒リズムの改善、あるいは高齢者認知症のBPSD, bipolarity をもっている人にも上手に使える有用性があるのではないかと非常に示唆に富むお話でした。先生は古くから脳波を読みながら睡眠の専門家として睡眠学会理事長としてリードなされておられますが、いまの各疾患ごとにそれぞれの科にこの疾患については主に精神科と神経内科、この疾患については呼吸器内科のように、先生が振り分けのガイドラインのようなものをお作りになったと聞きましたけれど、おむねそのように動いていっていますか。

清水 そういう連携ができていないから作れという指令が役所から出て作ったのです。睡眠の専門医が少ないものですから、地域でそういう専門家がいらっしやらないときGPがどんな患者をみたらどこに紹介したらいいかというガイドです。したがってこの病気に1番詳しいのはどこかということではなくて、とりあえず診てもらえる科はどこかというようなレベルに始まります。診てもらえる科で困難を感じたら、睡眠障害の専門家に振っていただければいい。2段構えということですね。

武田 よくわかりました。ちなみに今の睡眠学会専門医としての各科ごとの役割というのはどんな状況でしょうか。

清水 もはや非精神科医のほうが半数を超えて過半数です。精神科医が大きな関与をしないと全

体像を見逃してしまう可能性がありますので、医療の中で人数は減っても重みは今まで通りだと認識してやっています。

武田 専門医の各科別の割合をご紹介いただけますか。

清水 医師会員1,419名中、精神科医424名、次いで呼吸器科医299名、耳鼻科医170名、内科102名……となっています。

武田 せん妄との関係で八田先生何かご発言がありますか。

八田 予防に関するRCTを8つの大学と中核病院で7月からやる予定になっています。

武田 それはラメルテオンの治験ですか？

八田 ラメルテオンです。

認知症診療における精神科医の役割

武田 続いて認知症の診療について私が少しお話ししたいと思います。認知症をご承知のように古くは精神科以外の人はあまり興味をもってくれずに、ある程度病態がわかりかけてきた1980年くらいに、神経病理と生化学が大きな成果を上げて皆さんの興味を引くようになりました。1999年に薬ができてから神経内科の人も診るようになったし、日本では高齢者が現在でも20%を超えており認知症の患者さんも200万人を超えており、これからは350万人くらいになっていくだろうという数の大きさを考えたときに、国は、精神科、神経内科、老年科、それと一般GPも加えて認知症をサポートしていこうということで躍起になっている状態です。神経内科の先生方は初期の診断とか鑑別診断に興味をもっておられて、精神科の人はある程度認知症が進んだあとのBPSDへの対応に重きがあって、老人科の先生は高齢者認知症の身体疾患合併症が得意で診ているというのが現実だろうと思います。これからは認知症患者数が多くなるので、とても精神科医だけでは手が回らないというのはその通りだと思います。しかしながら1人の患者さんの各ステージによって主治医が変わるというのはいいような、悪いようなところがあります。認知症専門医制度があり、玉虫色ではありますけど診断、問題行動、精神症状の

コントロール、合併疾患のコントロール、いずれも一定の要件を満たす認知症専門医を育てていくことに精神科もその一翼となって進んでいるというのが現状だろうと思います。今年には認知症の薬が3剤新しく発売されました。1999年にドネペジルができて、わが国では12～13年経ってやっと複数の選択肢が揃うことになり、ドネペジルを加えると4剤になります。ある意味で認知症の臨床は大きな転換期を迎えます。世間からの期待も大きいですし、われわれ精神科医も今まで以上に重要な役割を果たしていかななくてはならないと思っていますところ。

八田 薬に関してはいくつか出てきていますが、対症療法的なレベルですね。

武田 そうですね。今年3月に上市したガランタミンはアセチルコリンエステラーゼ阻害剤ですし、6月にでたメマンチンはNMDAアンタゴニストで今までになかった薬です。7月にでたりバスタグミンはドネペジル、ガランタミンと同じくアセチルコリンエステラーゼ阻害作用ということですので、基本的にはアセチルコリンエステラーゼ阻害剤がドネペジルとガランタミンとリバスタグミンの3種類。それに加えてグルタメート系のMNDアンタゴニストとしてのメマンチンが1つ加わるという状況です。

八田 他科との連携という主旨からいった場合、他の科の先生が過剰な期待をもったりすることがありますけど、それをどれくらいの目安で説明すればいいでしょうか。

武田 それはやはり、ドネペジルを超えるものではないというところが一番適正な表現だろうと思います。2番目、3番目のアセチルコリンエステラーゼ阻害剤としてリバスタグミンはアセチルコリンエステラーゼ阻害作用に加えてブチリルコリンエステラーゼ阻害作用もあります。リバスタグミンはパッチ製剤で貼り薬として導入されたので投与方法が新しくなります。ガランタミンもアセチルコリンエステラーゼ阻害剤に加えて、もう1つニコチン受容体のアロステリック増強作用があります。メーカーは、このような付加された薬効があるということをやっています、基

本的にはドネペジルと同様の対症療法的な作用をもったお薬であり、病理過程そのものを止める力はないと理解するのが正しいと思っています。

清水 メマンチンはなぜ初期症状では適応外で、中等症以上で初めて適応ということなのでしょうか。

武田 それは薬理的に説明するのはかなり難しいと思いますが、現在の適応は中等症から重症のアルツハイマー病となっています。メマンチンの薬理作用はパーシャルNMDAアンタゴニストですから、刺激が過剰にきているような場合にカルシウムの流入を抑えますが、生理的なレベルのシグナルとしてカルシウムが流入する部分は抑えないという理屈です。そうするとある程度異常な状況といえますか、病態が進んでいるときにパーシャルなアゴニストの作用がみられて、それが臨床症状の改善にも反映されるのだろうと考えています。正しい説明かどうかわかりません。病期が進行した場合に、今までのドネペジル、あるいは他のアセチルコリンエステラーゼにアドオンしてメマンチンを使うということがこれから始まっていくのだろうと思います。

内富 2点聞きたいことがあります。認知症の診断の部分ですけど、単に写真1枚撮って問診しただけで認知症といわれて薬が出るというような部分もあると聞きますし、一方では検査を積み重ねてということもあると思います。そのあたりの日本の現状はどうなっているのかというのが1点。2点めは認知症疾患センターという制度が各県できていますがそこは精神科医がやっているのか、神経内科医がやっているのか、老年内科医がしているのかどんなふうに運営されているのかご存知でしたら教えてください。

武田 最初の認知症の診断については時代とともに少しずつ変わってきています。もともと認知症のDSM-IVの診断基準というのは、記憶と判断力の障害があって社会的機能が落ちているということであり、認知症の診断にはソーシャルなファクターが絡んでいます。先生がおっしゃるように理屈上は原線維変化ができて、老人斑ができてそれを反映する指標として脳形態画像で海馬を中心

とする脳の萎縮があって、脳血流低下があるというだけで診断したとしても、DSMに則れば最終的には社会的な生活能力、判断能力が障害されているかどうかでアルツハイマー病かどうかを決めるという立場があるわけです。もちろん精神医学の中ではそれで運用してきたので最終的な診断は臨床症状であって、あくまでバイオマーカーとか脳機能画像は補助診断という位置づけであったわけですが、つい1~2年前からそういう動きに変化がでてきました。臨床症状が出る前にプレクリニカルなアルツハイマー病を診断しようという動きがでてきています。それは先生がご指摘になったような脳機能画像とか、バイオマーカーで、これはほぼ確実にアルツハイマー病に進行していくであろう対象を特定して、早期にプレクリニカルADと診断して介入を始めようという動きです。先ほどの説明でいいますと神経内科の先生方はそちらのほうがいいとお考えになっていて、精神科医はどちらかというところと検査、診断、記憶力の障害だけでアルツハイマー病とするのは抵抗があるという部分があります。その延長でいくとDSM-Vでは認知症という用語をなくするという議論をしています。いままでのアルツハイマー病や血管性認知症を全部Neurological Cognitive Disorderということばで呼んで、認知症ということばそのものをなくすという議論も始まっています。

2つ目のご質問ですが、わが国は世界で一番高齢化が進んでいて、認知症の増加が一番多いということで厚労省は国をあげての対策として、認知症疾患センターとか、包括医療センターとか、認知症サポート医などの制度を始めています。基本的に精神科医、神経内科医だけで認知症を支えるのは難しだろう、したがってGPを巻き込んだ認知症を診ていく体制を作ったほうがいいということで動いているわけです。認知症疾患センターの大部分はいまのところ精神科の病院が多いように思います。認知症疾患センターというのはそれまでの老人性認知症疾患センターに代わるものとして2010年から制度が始まりましたので、新たなセンターでは神経内科の先生が加わることは十分

あり得ます。

せん妄診療における精神科医の役割

それでは疾患として性質が変わるかもわかりませんが、せん妄について八田先生に基本的なところをお話いただいて、がん患者の精神症状について内富先生にお話いただきたいと思います。そのあと質問させていただくかたちでいきたいと思います。八田先生お願いします。

八田 はい。他の科と協同して連携するためにどのようなことが必要かという点について考えてみました。せん妄を他科と診る場合、精神科医は主役にはなり得ないので、どういう診療態度をとるかといえば、他科の医者やスタッフが円滑に仕事ができるように、いわば黒子のなつもりで臨むというのが理想的には重要です。具体的には2つあります。1つは即応性。困って助けを求めてきたときにすぐ対応する。そういったことが他科の信頼を得るには大事ですが、必ずしもすべての精神科医ができてはいるわけではありません。これは意識の問題、教育の問題で、若い人をどう方向づけていくかという重要な領域だと思います。具体的にどうすればいいか。それはリーダーが態度で示していくしかないでしょう。

呼ばれたときに病棟長クラスが真っ先に現場に行くというようななつもりでいつも臨む。そうではないと若い人は心からはついてこないですから。もったいつけて診療する人も少なくないですけど、電話1本ですぐかけつけるといったことが大切です。他の科が通常は精神科に声をかけにくい部分があるのだと思います。それをなくすためにはこちらから敷居を下げることも必要だと思います。それが他の科と上手くやっていく意味が必要です。

もう1つは急患対応能力です。行ってもそれなりのことができないと頼まれなくなりますから。そのためには若いうちに救急のような現場で鍛えられることがすごく大事だと思います。薬理学的なことはもちろんですが、救急の現場のいいところは患者対応で文書にしにくい領域を経験の中で身につけられるし、病棟対応ですね。現場が混乱

するような状況であればスタッフはさらに混乱しますから、いかに病棟の動きを整理していくか。そういうところは精神科医でないとできない部分が多いと思います。薬理学から病棟対応までを含めて急患対応能力が求められ、それがあって初めて他の科の医者やスタッフから信頼されるようになると思います。そういう病院としてのチームワークができてくると、今度は合併症など外科手術が必要な統合失調症の患者が来ても躊躇せずに診てくれたりします。合併症医療の問題というのは昔からいわれていますが、総合病院にいる精神科医がきちり対応すれば、入れてもなんとかしてくれるというようになってくると思います。そういうことで合併症などはかなりカバーできる部分があるのではないかと最近思います。以上、他科との連携という観点からせん妄について考えてみました。

武田 なるほど。最後の部分で触れられたもともと精神障害をもっている人で外科的手術とか、他の身体諸科にお世話にならなくてはならないというケースも広い意味ではリエゾンに入りますが、ある意味では逆向きのリエゾンみたいなところですね。それは一般的なりエゾンを上手く活かせることと、逆向きのリエゾンを上手く活かせることと、何か違うコツとかポイントみたいなものがありますか。

八田 おそらく先にこちらが信頼を得ることが重要だと思います。せん妄に確実に対応することで、他科の医師もそうですし、病棟のスタッフからも信頼が得られます。信頼関係が醸成されれば、他の精神科の病院などから、依頼が来たときに他の科がいきなりとって来て、入れたので一緒に診てくださいということになります。そういう信頼関係のもとに合併症医療は初めて成り立っていくのではないかと思います。

武田 そうですね。八田先生のところは先生のご努力で精神障害に対するスティグマとか、精神障害の患者に対する偏見というのはかなり少ないのだろうと想像します。しかし日本全国状況をみますとどうしても精神障害の患者さんはちょっとといわれる場合も結構あると思います。先生が

おっしゃるのは精神科医がちゃんと対応能力があって、精神科医自身が他科の医者から信頼されることも大きな1つの要因だろうということですね。先ほど、せん妄に対するラメルテオンのCRTが始まると教えていただきましたが、せん妄に対する対応として精神科医がどのように寄与したらいいかという部分は何かございますか。

八田 薬物療法が主役になりますが、その使い分けを明瞭にすることが重要だろうと思います。実際に私がやっているのは単純なことで、糖尿病が併存する場合は禁忌でないリスパダールとかルーランといったドーパミン選択性の高いSDAを使い、糖尿病のない場合はジプレキサかセロクエルといったいわゆるMARTAを使います。どちらかというといくつかの錐体外路症状の出現しにくいMARTA系を使う傾向です。また、半減期の長いリスパダールやジプレキサよりルーランやセロクエルのほうが高齢の方ではいいです。しかし、口腔内崩壊錠や液剤といった剤形の利も薬剤選択に影響します。そういったことはスタッフに必ず説明し、いまは随分理解してくれています。

武田 せん妄では一時的に意識障害があって、多彩な精神症状がでるわけです。精神科医は心の問題に関心があり、基本的に精神科医は精神療法という対応をわきまえているわけですが、せん妄については基本的には薬物療法が中心ということですか。

八田 直接的にはそうですが、ご本人は覚えていないことを自分がやっているというので非常に不安に思ったり混乱しますので、よい状態をとらえてなぜこの薬を使っているか説明しつつサポートするように心がけています。

武田 他の先生方から、八田先生にご質問はございますか？

清水 うちも夜中の当直医はせん妄で呼ばれることが一番多いですが、ご家族はいないので、インフォームド・コンセントをとらずにメジャーを出すということで怖いところがあります。ご家族に対する説明は主治医からなされることが多いですが、そこに精神科医が加わらないと妙な説明になっていないか少し心配があります。