

八田 そうですね。非常に難しい家族も確かにいらっしゃるのですが、そういう場合は私たちも一緒に説明に入ります。それでもやはり「嫌だ」という家族はおられます。

兼本 清水先生がおっしゃったように、当直医が夜間に今まで使っていないドパミンブロッカーを使わなければいけないという場面で、どうやってインフォームド・コンセントをとるかというのがかなり問題になっていて、必ずしも主治医が承知しているとも限らない場合もあります。私のところでは夜間でも少なくとも家族に電話をかけて尋ねることにしています。家族も大きな負担になりますが基本的には来てもらうのがいいと思っています。せん妄のときの様子を直にみていないとどうしても家族が納得いかない。家族が1回もせん妄の様子をみないでそこで対応してしまうと、例えば副作用がでたときに家族には納得してもらえない場合がある。そのへんが非常に難しいと思います。

八田 それはおっしゃる通りだと思います。当直医が毎日いるようなところではそれがベストだと思います。いま私の状況はほとんど1人でするので、翌朝に対応するという感じです。夜間にそういう状況にあったことはもちろん説明しますが、兼本先生がおっしゃるようにみていないとわからないので、理想は家族を呼んで本人のせん妄の様子をみてもらうのがいいと思います。

兼本 うちも書式は作ってあります。

武田 理想的には1晩～2晩外科の回復期にせん妄らしいものが起きて、そこに家族もいて大変な状況になっているというのを家族が知ったうえで、外科も困って精神科を呼んでくれてそこでメジャーを使うというようになればいいですが、そうならない場合が結構ありますね。

兼本 外科の先生は相当診ていてくださっている印象があります。外科の先生はご家族とまた違う信頼関係があって、外科の先生の手応えがあってやっておられることですから、そこはまた違うところですね。

武田 それはまさに八田先生がいわれたように日頃からどれだけ信頼されているかということ

ですね。

八田 そうですね。ガイドラインではアメリカでも日本でも抗精神病薬を指定していて、実際世界中で使っているわけです。最近では公知申請と行って抗がん剤などでも正規の治験を経ずに早く認可してしまうような制度があって、ああいう方向にできないかと考えています。せん妄はこのメーカーでも正式な治験をやらないので。せん妄の現場に必須の抗精神病薬が適応をもたないという現状は非常に不健全だと思います。

武田 簡単にいいますとせん妄を適応症とした薬はないわけですね。さじ加減で必要に迫られて使っている。いまみたいに社会が契約が進んできて権利意識が盛んになったらせん妄に抗精神病薬を出して、もし副作用がでたら、訴えられて負けるという構造になっているわけです。これはなんとかしないといけないということですか。

八田 そう思います。負けるかどうかわかりませんが。

内富 ガイドラインレベルでは推奨はハロペリドールですが……。

清水 FDAのブラックボックスワーニングが出てしまっているのがありますから。

武田 そうですね。

清水 八田先生のように頑張っておられると初期臨床研修で総合病院を回ってそこでリエゾンを見たという研修医は精神科のファンになってくれて、それが他科の一人前の医者になったときは精神障害をもつ患者さんを嫌がらずに診てくれる。総合病院精神科で研修をやっていただくのは他科に行く方にとってもすごくメリットがあると思います。

武田 なるほど。そうですね。いまはいろいろな意味で総合病院の精神科は窮屈といいますか、肩身が狭いというか、公的な病院もベッドを剥がして、ある意味活動しにくい状況になりつつあります。他科との連携ということを考えるときには、清水先生がご指摘になったようにせん妄のようにとこの科でも起こる病気に、八田先生がいわれた即対応と救急対応能力をもっておくことが、精神科の信頼を得るのに重要だろうということになる

と思います。

兼本 先生がいわゆる救急対応能力というのは、具体的にはどういうことができれば救急対応能力があるということになりますか。

八田 それはですね、どんなものが来ても怖くないという、救急を若いうちにさせるのが1番早いと思います。2年ぐらいのレベルだと思います。数カ月では厳しい。

武田 精神科が目指す対極のような感じもあるんじゃないですか。精神科医が救急対応能力から心の機微まで全部カバーするというのは難しいというところもあるかもしれませんね。

八田 救急対応能力は精神科救急ということですから。そういうことを嫌な人たちが精神科を選ぶ場合もありますので、ジレンマではあります。

兼本 入れ物の問題はないですか。ある種の患者さんは、ある病院に来られれば怖いし、別の病院なら怖くないということもあると思います。その辺はどうでしょうか。

八田 おっしゃりたいことはわかります。ある期間でまとまった数の救急患者を診られるような経験をして、暴力のようなリスク感覚をつかまないと、暴れるせん妄の患者に手をこまねいてしまうというまずい状況になります。重症の困難なケースに対処できて初めて多くのケースに余裕をもってあたる、適切に現場を仕切ることができるということだと思います。総合病院だけでやっていると困難なケースへの直面が少ないため、対処能力を深化させられず、余裕をもったリスクの見極めがそう上手くいかないのではと思います。

武田 いま総合病院では自分のところのベッドはなく、閉鎖病棟もなく、保護室もないという状況になりつつあります。ハードな装備が現実には少なくなってきていますね。そういうときにいろいろなケース、暴力的なケースにどう対応するかというのは新しい知恵とか、工夫とか技能があるのでしょうか。

兼本 私はある器の中では対応できない人たちがいるという見極めということになるのではないかと思います。工夫してもできないものはできない場合がある。器的に診れない人を診ようとする

と、スタッフも危ないし、きちんと押さえ込めなかったら誰のためにもならない。そういうところを1回体験しての「ねぶみ」といいますか、これはいける、これはいけないという、本当に怖いのと、これはいけるというの「ねぶみ」ができるようにしておけという意味だと受け取りました。

武田 おっしゃる通りですね。「ねぶみ」というか、自分のところの病棟なり施設のキャパシティを見極めて、ちゃんと患者さんをその施設で診ていかどうかを見切ることですね。

兼本 確かにすごく怖い人をたくさん診ておくと勇気がでるといいますか、そういうのはあるでしょうね。

武田 大事なことだと思います。

清水 Triageも大事ですが、そのあと送る先があればいいですけどね。

武田 そうですね。

八田 先ほどの話に戻りますが、身体合併症をとると依頼元の精神科病院は恩義に感じて逆の場合にとってくれるのです。そういういい循環に入るのが望ましいですね。

武田 そうですね。では、内富先生にがん患者の広い意味ではリエゾンですが、サイコオンコロジーを中心にお話いただきたいと思います。

サイコオンコロジーと精神科医

内富 先ほど八田先生がリエゾンを確立していくときに少しこちら側が半歩でも一歩でも先んじて、向こうに飛び込んで信頼を勝ち得てということから、向こうのいい技術を精神科の患者さんというお話がありましたが、もともと私も統合失調症の方ですとか、アルコール症の方の食道がんとか肝臓がんが数多く紹介されるようになって、それをどう上手く治療につなげようかというところからリエゾンに入った経緯があります。八田先生がおっしゃるスタイルは共感を呼びます。リエゾンというところからあらゆる身体疾患、精神疾患を扱うことが多いですが、サイコオンコロジー、がんセンターとなるとかなり絞られてきて、精神疾患でいいますと一番多いのが適応障害。次にうつ病とせん妄。最近では認知症の方がずいぶん増え

ました。手術適応、治療適応になってきたということだろうと思います。この3つはうつ病ですと、がん患者の6人に1人ぐらい。せん妄ですと手術前後では3人に1人とか、5人に1人は必ずいらして、終末期になると8割ぐらいの方が最後の1カ月間ぐらいで意識が曇ってきます。あまりにも多い精神疾患を前にどうしたらいいだろうという感じになりますが、リエゾン精神科医の中でもがんだけをやるという人は非常に少ないものですから、がん専門医の守備範囲を拡げていただこうということで、うつ病とせん妄と、がん告知に関するコミュニケーション技術研修というものを全国で研修会を開いています。だんだん底上げをしていって、その3つのうつ病、適応障害、せん妄に関しては、できるだけプライマリーには担当医、外科医、内科医、受けもちの看護師さんで対応できる範囲は対応して、かなり頑張ってくださいっています。地方によってはリエゾン精神科医すらいらっしやらないところも多いですので、そういったことがいま一番主眼になっています。

武田 八田先生が特にせん妄の患者のお世話のときに精神科は所詮主役にはなり得ないというような表現をなさいましたけど、ある意味で身体諸科の主治医がいてそれに加わって協力するという立場ですから、本質的にそういう構造になっている面も理解しますが、サイコオンコロジーの領域で担がん患者の精神症状を診ていくときに精神科医のやりがいといいますか、達成感というようなものはどんなものでしょう。

内富 精神科医として、例えばがんの専門施設でどれくらいやると達成感があるかといいますと、大体4つのレベルの心のケア体制を確立できた時だと思います。レベル1というのは医療スタッフなら誰もが対応しなければいけない基本的なコミュニケーションです。敬意を払うですとか、共感の得られる対応。適切な情報提供。困った方がいらっしやれば適切な科につなげる。病院全体を包み込むような心のケア体制の構築がまず大事ですね。レベル2は死に直結するような難治がんですとか、再発、抗がん治療がこれ以上続けられないというような死に直結するようなパッドニュー

スを伝える際の心のケアです。それは担当医と専門看護師なので、こういった方々には少しトレーニングをしていただいて、コミュニケーション技術、精神科的に言えば支持的精神療法になると思います。これを10時間かけて研修していただく。レベル3、4は病院によっては違うと思いますが、心理士とか、リエゾン看護師がいれば器質性精神障害以外の適応障害ですとか、不安障害、場合によってはうつ病の軽症の方々を対応していただく。精神科医は最後の器質性精神障害、抗精神病薬が必要なような。ピラミッドで考えると対応する患者数は減っていきませんが、全体のシステムを病院の中で構築できれば達成感につながる。それが院内でできますと今度は地域で、現在ではがんは大体2週間で退院です。したがって、がん患者も地域で診ていくスタイル。わが国では年間64万人が新たにがんと診断されます。団塊の世代の方々がいまからがん年齢に突入すると100万人になってきます。どんどん入院日数を減らして地域で支えるかたちになりますので、訪問看護ステーション、開業医さん、地域の中小の内科・外科のドクターの方々と一緒に、うつ病、せん妄、コミュニケーションの技術で対応していただく。この3つのニーズが高いのですが、困っている症状としてよくスピリチュアルペインという言葉がいわれます。症例検討の会で精神科医が入って検討していくと「これはうつ病ですか」、「これはせん妄だったのですね」と気づいていただくような機会が結構あります。それで現場の方々ががん終末期医療は難しいと苦手に思っておられる方々も、がん患者を地域で受けていただけるような方向に少しずつなっているのではないかと思います。

武田 そうですか。現代のがん臨床における大きな変化を教えてくださいました。がん患者を入院というよりも在宅で地域で支えるということがメインになってきつつあって、そのためには患者さんの心理的なケアという部分で精神科が求められるということですね。何かご質問ございますか。

兼本 地域でということ、家族が大きな役割になってくると思います。そのようにちゃんと機能

と専門
トレー
ン技
術と思
う。だ
く。す
が、主
精神
科に
いた
だ
精神
科
対応
チーム
を
それ
ががん
患者
間64
代の
人に
地域
テー
ム科の
ミュ
ニの3
とし
われ
して
だ
が結
核
医療
ん患
し
ず
る大
を入
とが
患者
めら
いま
別に
機能

する家族というのがたくさんありますか。

内富 都会と地域で比べますが、地域ですと結構支える力を感じますが、都会では核家族化していますし、老老介護というのが多くなって難しい部分があります。訪問看護ステーションの看護師の方と、在宅医療を専門にされるような開業医さん。人口40万人ぐらいの二次医療圏に、1つのがんの拠点病院がありますが、そこで亡くられる方をカバーする在宅の専門の先生が2~3人おられるとほぼカバーできますので、これまでは訪問看護の方は認知症専門でしたが、そういった方々ががんに対する抵抗をなくすとか、モルヒネに対する抵抗をなくすとか、せん妄とうつ病を知っていただく。今の課題はそのあたりでしょうか。

武田 実際にがんを地域で支えるというのは先生もいまおっしゃいましたが、認知症を地域で支えるための訪問看護システムとか、認知症の場合にはデイケアなどいろいろな地域の施設ができていますが、非常に簡単にいうとこれからの高齢者で担がん患者も似たようなシステムでやっていけば上手くいくということですね。

内富 はい。がんをいま慢性疾患のモデルで対応していこうということですので。

武田 似たようなことですが、緩和ケアチームというのが厚労省の肝いりでいくつか活動していると思います。いまの精神科医を入れた緩和ケアチームのシステムはうまくいっていますか。何か問題とか、課題とかいうようなことがありますか。

内富 1992年に緩和ケア病棟が診療報酬化されて、現在では200以上あります。最後の3カ月。患者さんが増えると2カ月。場合によっては2週間というような看取りの場所に、いまなっています。それをがんと診断されてからとなりますと緩和ケア病棟となると、まだという抵抗がありますので、緩和ケアチームというかたちでがん治療と同時に並行してやりましょうということで、2002年から始まりました。10年遅れてですが現在は140チームを超えて存在します。このときに1つ緩和ケア病棟と違ったのは精神科医を必須とすることと、トレーニングされた看護師さん、後には薬剤師さんも加わりました。医師だけではなく多

職種で成り立つようなチーム医療の先駆けでしたものですから、医師の数、医師の専門性、がん患者さんから要求されるニーズの高さ。それらを考え合わせると多様なニーズに応える1つのモデルとしてナース、薬剤師さん、栄養士さん。他の方々を入れるという意味では私は非常に評価していますが、それをがん医療だけでなくいろいろな分野でこういったチームが存在して、そういったチームのまとめ役のようなかたちを、ある意味精神科医は担っているのではないかと。手術室のような外科医を頂点とするようなピラミッド型のチーム医療というよりは、横一線並列型の誰がイニシアチブをとってもいい。患者さんによっては役割が変わっていくようなそういった並行したチームを束ねようとするには精神科医のようなダイナミクスをみる技術のある人が適任ではないかと思えます。

武田 いま先生が把握されている全国100以上の緩和ケアチームで、先生がおっしゃるような精神科医がコーディネーターとして束ねる役割を果たしているチームというのは結構ありますか。

内富 診療報酬の要件に合致しているのが140を超えています。

武田 がん専門医とか、内科医が中心となった緩和ケアが多いのではないかと印象をもっていますのでこういう質問をしました。

内富 施設によってはそうだと思いますし、施設によっては精神科医ですし、施設によっては看護師さんですし、施設によっては薬剤師さんというところもあります。これはお金が取れているところはこれだけですが、がん拠点病院はここまではないですが、パートタイムでもいいから精神科医が関わることというダブルスタンダードで緩和ケアチームが拠点病院の必須になっています。ミニマムに関わるようなシステムになっています。

八田 麻酔科が核になるのが1番多いわけではないですか？ うちはそのですけど。

内富 昔はそうでしたけど、いまは麻酔科医は手術室に入ってこれという要求が高いのではないのでしょうか。

八田 私の病院のチームではペインクリニック

の医師がヘッドで私はサブですが、それがいいなと思ったのは、疼痛緩和が本質だと思うからです。私は統合失調症系で育ってきたので余計にかもしれませんが、抗精神病薬はどの精神科の薬よりもはるかに結果を出せる薬だと思っています。それを凌ぐのが麻薬かなど。がんの痛みに対して麻薬を使って本当に楽になる姿はすごくて、緩和チームの具体的な本当のすごさは痛みのコントロールだと思いますね。ペインの人がリーダーシップをとってくれて、精神科医は付随してくる精神症状を見極めて対応してあげる。やはりサブの立場でという感じで、あとは他の職種が入っていてそれぞれの専門性を発揮していただいて上手くいくと思います。このスタイルは現実的にいいかなと思いますね。

武田 実際には終末期の痛みを麻酔科が主となって対応しています。先ほど内富先生がスピリチュアルペインということをおっしゃいましたね。それは身体的な痛みと同じくらい重要なファクターですか。

内富 そうですね。身体の痛みというのはいまおっしゃるように、オピオイドをはじめとした痛みの薬は非常にシャープにレスポンスするので本当にドラマチックですね。それ以外の精神症状による心の痛み、心理的負担による心の痛み、そして人生上の痛み、そういったものがなかなか区別しにくいといえますか、せん妄によってたまたまそういう内容が語られている場合もあれば、うつ病によってそういう内容が語られている場合もあれば、本当に身体、精神、心理的問題がなく死を前にして実存的な問題として出てくる場合もある。その辺の区別がまだついていないというのが現状ではないかと思っています。八田先生は痛みの人がリーダーシップというお話でしたが、多分がん患者も診るというリエゾンスタイルでやっていますとがん患者さんの依頼数というのはそれほど多くはないと思います。がん専門病院になりますとすごい数のコンサルテーションが来るものですから、その数を考えるとある程度通常のがんの痛みはプライマリーチームで対応できるようにして、それ以上をペインの医者、精神科医、チーム

構成員というよりはプライマリーチームを時にサポートするスペシャリストのようなかたちで登場する。数が多い最初の triage のところはナースの方にかかなりの部分を担っていただく。これは現場で対応できるせん妄だとか、現場で対応できる適応障害だというような見立てをある程度看護師さんレベルでできるようにしていただくことが、今後の課題です。そういうスタイルになりつつあります。

ま と め

武田 他に何かおっしゃりたいことなどございますか。

兼本 どうやってまとめたらいいかよくわからないですね。

武田 身も蓋もないいい方をすると、認知症にしても、がん患者さんにしても現在は治せないわけです。治せない疾患に雇った人を診ていく。そのときに一番大事なのは患者さんが前向きに自分の人生に意味があるとして生きられるかどうかというのを支えることに尽きるのか、尽きないのか。そういう見方でいいのか、悪いのか。先生方に一言ずついただきたいと思います。質問自体もまとまりがないですが、兼本先生いかがでしょうか。

兼本 八田先生もいわれたし、清水先生もいわれましたが、精神科医の面白いところというのは案外場所によって自分のポジションを替えることができる点ではないかと思っています。チームのリーダーとしても機能できる場合もあるし、場合によっては少し引いてサブでもできる。ある側面では看護師さんがチームリーダーでドクターは少し引く。そうでないと上手くいかない。そういう経験をどのドクターもしていますね。どの辺で自分の立ち位置を決めるかというのを、状況に応じて替えることができるということがあると思います。その場その場でチームを組み直すつもりでいうのを、精神科医は他の先生方よりも慣れているところがあると思います。

武田 そうですね。いま先生がおっしゃったのは、いろいろなかたちでのチーム医療とか、多職種とか、施設の状況などに応じて精神科医が自分

にサ
登場
スの
現場
る適
師さ
今
ちり

どい
から

目
に
わ
そ
1分
とか
。一
と
。い
う
る
の
合
面
少
う
自
じ
ま
と
い

の
職
分

の立ち位置を決めて、そのときベストと思うようなパターンで行動することが精神科医にはできるのではないかということですね。

兼本 八田先生のお話を聞いていて思いますのは、先生は一步出てされているわけですが、どちらかというわれわれは自然に任せると一步引き気味になるから、その辺はどうかと思いながらお聞きしていました。

武田 清水先生はいかがでしょう。

清水 精神科医は負け戦に慣れている。結果的によくならない患者さんに最後までおつきあいするというのは、そこは身体科の先生方とだいぶ違うところではないかと思えます。キュア以外のことも視野に入っているのが強みだと思えます。

武田 なるほど。わかりやすいですね。キュアできないでも精神科医として患者さんに関わったことに意味があるという経験を十分もっているということですね。ありがとうございます。八田先生もお願いします。

八田 連携ということでは、相手が本当に困っていることを助けてあげるといって根本的に素朴な感情を大事にすることが重要だと思えます。しかし、引き気味になっていく若い先生も少なからずいますので、やはり現場の教育はすごく大事だと思えます。

武田 最後に内富先生お願いします。

内富 はい。4つあります。特にがん医療を精神科医が関わったら魅力があると思うのは、1つは並列型のチーム医療の中で精神科医ならではの役割を果たせるだろうというのが第1点。第2点は社会的文脈の死という統合失調症の人をはじめ、若いときから社会的な立場を失うような経験をされた患者さんとどう向き合うかということ。精神科医はいつも考えていると思えます。それががん医療ではある程度社会的課題を達成したあと60～70代で初めてがんを前にして職場、家庭内での役割を失うという経験をされたときに、がんよりも辛とおっしゃる方が非常に多くおられます。現場ではまだ身体的な死のイメージのほうが強くて、患者さんはむしろ社会的な死のほうを苦しんでおられる方も結構おられます。そういったことも翻

訳しながら現場に還元するという役割が重要かと思えます。第3点はフランクルの影響だと思えますが、どういう状況においても意味を見いだせるという支援ができるという点。第4点は統合失調症をモデルとした地域医療、福祉の連携モデルはほとんどすべての精神科医にすり込まれていると思えます。そのモデルをいままさがん医療が後追いついてきていますので、割とスムーズにわれわれは入るので、これからどういうことが起こりうるかというのをがん医療の現場の先生、スタッフの方々に伝えることができるかなと思えます。

武田 それぞれ大変心に響くようなことをいっていただきました。私は古い時代の精神科医になると思えますけど、ある意味では身体諸科の医師、ナース、薬剤師、多職種の人たちと対等にチームを組んで医療をやっていく姿がなんとなく浮かび上がってきたような気がします。肩肘を張らず、精神科のテリトリーとって頑なに守る姿勢だけではなくて、ある場合には一步先じて、ある場合にはできない人には手をさしのべて、対等の立場での医療をかたちづくるという意味で、精神科医もその一員として役割を果たしたいものだと思います。特にこれからいろいろな病気について地域医療が中心となります。内富先生ががん患者についてもそうだとおっしゃいましたが、認知症の医療もその通りです。地域を中心とした医療というのは内富先生がおっしゃるように多くの思春期に発症する精神疾患のモデルとして精神科医は早くからその重要性を指摘しているわけですので、地域と一体となった医療の実践が身体諸科にも広がってきているということをお聞きして、ある意味では精神医療というのは一步先を進んでやってきた部分もあるのではないかという力強いコメントもいただきました。今回は「症状性を含む器質性精神障害の症例」という題で座談会をさせていただきました。精神科医がしなやかな立場で、しなやかな考えで、他科の医師と、あるいは他の職種の方と同時に1人の患者さんの生きていく意味を見いだすのに手を貸すことができる、非常に意味のある職種だということを感じさせていただきました。今日はありがとうございました。

Depression Frontier

Vol. 9 No. 2
年2回刊
(春・秋)

2011

●巻頭言 読者の気が晴る 小嶋 誠

特集 災害とうつ病およびその関連疾患

- 特集にあたって～東日本大震災からの復興のために～ 内宮 勉介
1. 災害後の心理的経過とサポート～被災者支援の現場から～ 知越 隆之・前田 正治
2. 地震とメンタルヘルスへの橋を合せて～新潟県中越前を踏まえて～ 塩久 俊樹・桑原 秀樹・卯村 一剛
3. 放射線被曝とメンタルヘルス～うつ病を合せて～ 井山 裕一
4. 医療支援中のメンタルヘルス～医療支援復帰後のうつ病～ 藤原 恵真・久保 千尋・吉田美穂子・申村 光・赤平美津子
大塚耕太郎・酒井 明夫・佐藤留美子・富澤 秀光・佐賀 雄大

トピックス

- 認知行動療法センター開設とその役割 大野 裕
セクシャルマイノリティ者のメンタルヘルス～性同一性障害とうつ病・うつ状態を中心に～ 松本 洋輔

うつ病治療の実際

- 注意訓練による認知行動療法の増強効果 今井 正司・熊野 宏昭

うつ病研究における海外の動向

- 海外における新規抗うつ薬の開発動向 中林 哲夫
抗うつ薬による性機能障害 榎本 慎吾・吉野 相英

うつ病研究における国内の動向

- 前頭前野とうつ病の病態 鬼頭 伸輔

うつ病研究の現状紹介

- 光トポグラフィーによるうつ病診断補助の現状 野田 隆政

Depression Café

- うつ病の未熟化 阿部 隆明

特集：災害とうつ病およびその関連疾患

特集にあたって

～東日本大震災からの復興のために～

内富 庸介*

本特集は、東日本大震災が発生した2011年3月11日の一カ月ほど後に開かれた編集会議で企画された。発刊された2011年秋には、被災者の急性期の後のメンタルヘルスの問題も生じて来ているであろう。被災者のうつ病を含むメンタルヘルスに従事する精神保健の専門家だけでなく、広く役立つ内容となっているので、是非役立てていただきたい。

災害と言ってもまず思いつくのは、異常気象や地震、火山、伝染病などの自然による災害であるが、人為的な原因による労災、大事故、犯罪、テロ、風評被害も含まれる。今回の東日本大震災は、一次的には地震と津波による自然災害の1つであるが、福島第一原子力発電所事故によって人々は長期間見通しの立たない時間軸に置かれ、また水や空気、食物が汚染されて諸外国にも影響を及ぼしているという意味で、空間軸は地球全体に拡がったと言っても良いだろう。

近年の記憶に残る主だった災害を列挙する。

- 1979年 スリーマイル島原子力発電所事故
- 1985年 日本航空機墜落事故
- 1986年 チェルノブイリ原子力発電所事故
- 1995年 阪神・淡路大震災
- 1996年 在ペルー日本大使公邸占拠事件
- 1999年 東海村JCO臨界事故
- 2000年 三宅島(東京都)の噴火

- 2001年 アメリカ同時多発テロ事件
- 2004年 関西電力美浜原子力発電所事故
新潟県中越地震
スマトラ島沖地震
- 2005年 福岡県西方沖地震
JR福知山線脱線事故
- 2007年 能登半島地震
新潟県中越沖地震
- 2011年 新燃岳(鹿児島県)の噴火
東日本大震災、福島第一原子力発電所事故

こうして災害を列挙して俯瞰してみると、被災者の心理としてある程度は共通の部分もあるだろう。一方で、天災である地震や、人災である放射能被害といったように、災害の内容によって異なる部分もあるだろう。また、被災者の置かれた状況によっては、例えば、放射能で帰宅もできない地域では親族を弔うことさえもできずに、「喪の仕事」は凍結されたままであり、異

*Yosuke Uchitomi, 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・教授

なった心理状況となるであろう。そして支援の対象は被災者だけではなく、被災者の救援にあたっている隊員や支援者のケア、そして現在も復旧に奔走している医療者の支援にも必要である。このような背景から、本特集の執筆陣が選出された。

最後に、これほどまでに災害の多い日本では、災害

精神医学の確立が望まれても良いだろう。少なくとも、一次被害に対する迅速な心のケア、二次被害の予防は可能であろう。それには調査研究が必要であるので、関係諸団体のまとまった活動により、災害精神医学会、そして災害精神医学講座が設立されることを願ってやまない。

よくわかる

脳卒中後遺症における
うつ病・うつ状態のマネジメント
—神経内科・精神科の立場から—

よくわかる 脳卒中後遺症における うつ病・うつ状態のマネジメント —神経内科・精神科の立場から—

群馬大学名誉教授 平井 俊策 編

国立精神・神経センター国府台病院院長 樋口 輝彦

A4変型判 76頁 定価 1,575円(本体 1,500円+税5%)送料実費

ISBN 4-7532-2029-X C3047

◎今関心が高まる脳卒中後うつ病(PSD)を、神経内科・精神科の観点からわかりやすく解説。

◎一般臨床医にも使いやすい抗うつ薬から、非薬物療法まで詳述。

◎神経内科医・精神科医をはじめとする、全ての一般臨床医に役立つ一冊。

おもな内容

1. 序にかえて
2. PSDとは～総論的に
3. PSDの頻度と背景因子
4. PSDの成因—脳血管性うつ病とアパシーの観点から—
5. PSDの臨床症状と診断
6. PSDの治療
7. PSDと脳卒中患者のQOL・予後

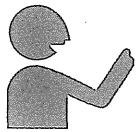


株式会社 医薬ジャーナル社

〒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。



話 題

高齢がん患者において頻度の高い精神疾患とそのマネジメント*

奥 山 徹^{**,**} 明 智 龍 男^{**,**}

Key Words : aged, depression, delirium, dementia, psycho-oncology

はじめに

近年のわが国のがん患者における65歳以上の占める割合は78%, 80歳以上の占める割合は38%に及ぶ。本稿では, 3D'sと呼ばれる高齢者において頻度の高い精神疾患, すなわちうつ病(depression), せん妄(delirium), 認知症(dementia)について, がん医療というコンテキストを踏まえて概説する。また, 話題提供として, 意思決定能力障害と包括的老年期評価について取り上げる。

うつ病

うつ病とは, 気分が落ち込んだり, 意欲や興味・関心などが低下した状態が2週間以上持続する状態をいう。うつ病は, 自殺, quality of life (QOL)の低下, 介護負担の増加, 闘病意欲の低下, 入院期間の延長など, さまざまな悪影響をもたらすが, 有効な治療方法があるため, 正しく診断し, 適切な治療を提供することが重要である。

高齢者のうつ病の頻度は7%前後とされているが, がん患者におけるうつ病, 適応障害(うつ病の診断には至らないが, 抑うつや不安のために生活に支障がある状態をいう)の頻度は, メタ解析によるとうつ病が16.5%, 適応障害が15.4%であったことが報告されている¹⁾。また, 同研究

表1 うつ病の診断: DSM-IVによる診断基準

必須項目	付加項目
・抑うつ気分	・体重減少・増加
・興味・喜びの低下	・不眠・過眠
	・精神運動制止・焦燥
	・倦怠感
	・自責感・罪悪感
	・注意・集中力低下
	・希死念慮

必須項目を少なくとも1つと, 必須項目と付加項目をあわせて5つ以上満たす状態が2週間以上続く。また, 各症状が物質(薬物)の直接的な生理学的作用, 身体疾患によるものではない。

では, 頻度と年齢には相関は認めなかったことから, がん患者において, うつ病は年齢にかかわらず頻度が高い精神疾患であるといえる。

1. うつ病の評価

うつ病の診断は, 米国精神医学会によるDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IVという診断によってなされる(表1)。

高齢がん患者のうつ病の診断は, 高齢であることと, がんという身体疾患を有していることの, 2つの理由により難しい²⁾。まず高齢者は, 自ら精神的側面について医療者に話したがるという患者自身の要因がある。また, 高齢者におけるうつ病の症状は若年者のそれと異なり, 倦怠感や全身の痛みなどの身体症状が多く, 抑うつ気分などの気分症状が前景とならないこと

* Common mental health problems and their managements in elderly cancer patients.

** Toru OKUYAMA, M.D., Ph.D. & Tatsuo AKECHI, M.D., Ph.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学[〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1]; Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya 467-8601, JAPAN

*** 名古屋市立大学病院緩和ケア部

が多い。一方、がん患者におけるうつ病は、診断項目に含まれる食欲不振、意欲低下、集中力の低下などの症状が、がんやがん治療に伴う症状との鑑別が困難であるため、適切に診断することが難しい。

日常の臨床では、普段から良好なコミュニケーションを心がけるとともに、気持ちの負担についてルーティンに尋ねて気持ちの表出の機会を作るとよい。また、器質因のはっきりしない身体的症状の訴えが多いときには、うつ病がないかを疑う。そしてうつ病を疑う場合、まず抑うつ気分、意欲・喜びの低下の有無について問う。この2問だけでも、感度91%、特異度86%で、がん患者におけるうつ病スクリーニングが可能とのメタ解析があるからである³⁾。そしてこれらに加え、抑うつ気分、罪悪感、希死念慮など、がんやがん治療では生じにくい症状がある場合、より積極的にうつ病を疑うとよい。

なお評価においては、以下の2点も重要である。1点目は認知症やせん妄をルールアウトすることである。これらの精神疾患に抑うつ症状が併存することがままあるが、もし認知症が基礎があればそれを踏まえた対処が必要となるし、もしせん妄があるならせん妄への対処を優先する。2点目は精神症状のみならず患者をつらくさせている原因について、身体的(がんによる痛みなど)、心理社会的側面(再発への不安、経済的問題など)にわたって包括的に評価することであり、これらもケアを考える上で有用な情報となる。

2. うつ病マネジメント

うつ病のマネジメントとしては、①気持ちを つらくさせている要因の除去、②主治医としてサポートの提供、③薬物療法、などを組み合わせ提供する。

要因の除去としては、たとえば痛みがあればそのコントロール、独居で生活の維持が困難であれば介護サービスの導入などを行う。サポートの提供としては、主治医として患者の話に耳を傾け、患者の苦痛に理解を示すこと、最善の治療を提供することを約束することなどを行う。

薬物療法としては、軽症うつ病に対しては抗不安薬であるアルプラゾラムを第一選択とする(例：アルプラゾラム1錠2×朝夕など)。軽症

うつ病に対する有用性が示されていること、抗うつ薬よりも副作用が少ないなどの理由からであるが、高齢者では眠気や転倒、また、身体的に重篤な状態であればせん妄を生じることもあるので、少量から開始し、副作用のモニタリングを行うようにする。

アルプラゾラムで効果を認めない場合、抗うつ薬の使用を検討する。高齢者のうつ病に対する抗うつ薬の効果を検討したメタ解析によると、セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)と三環系抗うつ薬はともに有用であるものの、SSRIの方が副作用や忍容性は良好であったと報告されている⁴⁾ことから、SSRIを少量から開始(例：セルトラリン25mg錠1錠1×夕食後)などとする。なおSSRIの副作用として、嘔気、頭痛などが開始直後に出現することがあるが連用によって耐性ができることが多いので、開始時に十分に説明を行うことがアドヒアランスを高めるコツである。

なお、抗うつ薬を使用してもうつが改善しない場合、希死念慮がある場合などは専門家へのコンサルトを検討する。

せん妄

せん妄とは、身体的異常や薬物の使用を原因として軽度の意識混濁をきたし、そのために失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想や気分変動などのさまざまな精神症状を呈する特殊な意識障害をいう。

せん妄はそれ自体が患者に苦痛をもたらすが、その他にも家族とのコミュニケーションの障害となったり、自律的な意思決定の妨げとなったり、ケアを提供する家族や医療スタッフの疲弊をひき起こすなど、さまざまな悪影響をもたらす。また、せん妄がさまざまな医療アクシデント・インシデント、特に転倒や点滴などの医療留置物の抜去などの事故の原因となったり、入院期間の長期化にも関連することが指摘されている。

がん患者における頻度はその対象などによって頻度に差があるが、高齢者や進行がんであるほどその頻度は高く、緩和ケア病棟入院時には30~40%、死亡直前では8~90%に生じるとの報

表2 せん妄のスクリーニング: Confusion Assessment Method

A. 急性発症と症状の動揺性
B. 注意力の欠如
C. 思考の混乱
D. 意識レベルの変化

AおよびBが必須であり、かつCまたはDを満たせばせん妄を疑う。

告がある。

せん妄治療の原則は①的確な評価、②せん妄を惹起する要因の同定と除去、③抗精神病薬による薬物療法の3つの柱からなる。

1. せん妄の評価

精神医学的にはDSM-IV診断基準にのっとり行うが、がん医療の専門家においては、臨床的に観察しやすい項目から構成されているという点でConfusion Assessment Methodの方が使いやすい(表2)。

一般的に、幻覚妄想や失見当識がせん妄に特徴的と考えられやすいが、必ずしもそのような症状が出現するわけではない。むしろ、不眠や注意集中度低下といった症状の方が頻度は高く、初期症状であることも多いことから、これらの症状があればまずせん妄を疑うべきである。

なお、せん妄においては多彩な精神症状が生じるが、その本態は意識障害であることから、認知機能障害の評価が重要な情報となる。診察においては注意集中度の低下、記憶力障害といった問題がないかを確認したり、会話の受け答えはしっかり成立するか、留置物に配慮ができていかなどを観察したりすることが重要となる。また、評価尺度としてはMini Mental Status Examination(MMSE)などがある。ただし、患者によっては失見当識を尋ねる質問などで不快感を感じる場合もあるので、その目的を説明するなど、十分な配慮を行う。

2. せん妄を惹起する要因の同定と除去

準備因子、促進因子、直接要因に分けて考える。準備因子とは、せん妄の本態である脳機能低下をきたしやすい個人特性をいい、たとえば、高齢であること、認知症などがあげられる。促進因子とは、それによって発症することはない(直接要因ではない)が、ひとたび発症したせん

妄を促進・重篤化・遷延化する要因を指す。たとえば環境変化、感覚遮断、痛みなどの身体症状などがある。直接要因とは、実際にせん妄をひき起こしうる要因であり、意識障害をきたしうる身体的異常はすべて直接要因になりうる。

3. せん妄のマネージメント

その第一歩は取り除ける直接要因や促進因子を除去することである。たとえば眠剤を抗精神病薬に変更したり、高カルシウム血症に対してビスフォスフォネート製剤を用いたりするなどがそれに相当する。また、痛みなどがあれば、そのコントロールを行う。

しかし多くの場合、これらに併せて薬物療法が必要となる。薬物としては抗精神病薬を使用する⁵⁾が、その使用方法はオピオイド処方時の滴定と同様、頓用を使用しながら定時処方量を調整する。症状が軽度であったり、間欠的である場合は、まずはごく少量を頓用指示とし、1時間以上あけて3回程度まで使用可とする(例:リスペリドン液0.5mg1×頓用など)。数日の経過の中で症状コントロールのために1日あたりに必要な薬剤量を頓用の使用量から推測し、今度はその量を就寝前に定時で使用する。また、同等量を頓用として数日経過観察を行い、同様のプロセスを繰り返して滴定を行う。

また看護ケアとしては、危険物を除去するなど安全を確保する、日中の刺激を増やす、ケアかかわりの中でオリエンテーションを行う、時計やカレンダーなどオリエンテーションの手がかりを用意する、などといった対応を行う。なお、留置物抜去を防ぐなどの目的で拘束が行われることがあるが、それ自体が患者に強い精神的苦痛をもたらすこと、静脈血栓や骨折などの有害事象が生じることから、他の対処方法の可能性を十分に検討し、なるべく回避することが望ましい。

なお、せん妄は家族に大きな精神的負担をもたらす。また、家族にとってはせん妄という状態が理解しにくい状態であるため、認知症になったと心配したり、患者の言動にどのように対応したらよいか逡巡することも多い。よって認知症とは異なること、身体的状態などを背景とした症状であること、原因を除去することができ

れば回復が期待できることなどについて説明したり、接し方について相談にのるなど、家族のサポートも心がけるようにしたい。

認知症

認知症とは、記憶の障害やその他の認知機能障害が出現し、社会生活などに大きな支障をきたす状態をいう。判断能力、計算、言語などの認知機能障害を中核症状という。また、病状の進行に伴い幻覚妄想、徘徊、興奮、抑うつなどさまざまな精神行動的異常を呈することがあるが、これらを周辺症状と呼ぶ。

がん罹患以前に認知症があった場合、がんの診断が遅れるということが報告されている。また、がん診断時に認知症がある場合、一部のがん種においては、がんによる死亡率もがん以外での理由による死亡率も、診断時の病期を補正してもなお有意に上昇するとされている⁶⁾。検査や治療の必要性が理解できないために、協力できなかつたり、それらを侵襲的に感じて苦痛を感じることもある。セルフケアや意思決定ができないという問題も生じる。

一般市民において、65歳以上の6~10%、80歳以上の25~48%がなんらかの認知機能障害を有していることが報告されている。がん患者における認知症の頻度に関する報告はないが、がんも認知症も高齢者に多いことから、その頻度は今後ますます高まるものと考えられる。

1. 認知症の評価

がん医療においては、認知症の細かい診断はさておき、①認知機能障害の有無を評価する、②認知機能障害をきたす可逆的原因をルールアウトする、という2点が重要となる。

認知機能障害の評価としては、せん妄のときと同様、MMSEを行う。23点以下であれば、認知機能障害の存在を疑う。ただし、MMSEだけではせん妄との鑑別はできないことに注意が必要である。

認知機能障害をきたす可逆的原因としては、特に高齢がん患者で頻度が高いものとしては、せん妄と脳転移がある。せん妄と認知症の鑑別点について、表3にまとめた。一時点の診察では鑑別ができないことも多いので、入院直後で

表3 せん妄と認知症の鑑別点

	せん妄	認知症
発症様式	急性、亜急性	慢性
経過	一過性	持続性
意識	混濁	正常
症状日内変動	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない
身体的原因	あり	なし

あれば家族から自宅での様子について聞く、入院中であれば夜間の状態について看護師から情報を得るなど、さまざまな情報を加味して判断する。脳転移のスクリーニングとしては、必要に応じて頭部MRIなどの精査を行う。

2. 認知症のマネジメント

中核症状あるいは周辺症状への薬物療法、それらの症状によって生じるがん医療上の問題、たとえばアドヒアランスや意思決定の問題への対処などが考えられる。

認知症の中核症状については、軽度から中等度のアルツハイマー型認知症であれば薬物療法の適応がある。しかし、中核症状によってがん医療上の問題が生じているような場合、薬物療法によって認知機能障害が改善し、問題が解消するといった目覚しい効果は期待しにくい。

周辺症状、特に易怒性や幻覚妄想に対しては、従来抗精神病薬が用いられてきた。しかし近年、リスペリドンやオランザピンといった薬物がこれらの症状改善に有用である一方、死亡率上昇や心血管イベントなどの重篤な副作用をもたらすとの報告が相次いでいる⁷⁾。また、セルトラリンやトラゾドンといった抗うつ薬を用いることもあるが、これらは忍容性は高いものの、抗精神病薬と比較して効果は乏しいとされている。いずれにせよ、高齢者に向精神薬を処方する場合はリスクベネフィットのバランスを考慮することが必要であり、ご家族や代諾者がいる場合には、十分な説明を行い、ともに意思決定を行った方がよい。

なお、認知症にうつ病やせん妄を合併することも多いが、このような病態への対応は習熟を要するため、可能であれば精神科や心療内科にコンサルトを行った方がよい。

意思決定能力障害

がん治療においてはインフォームドコンセントの概念が浸透しており、治療を行うにあたっては、病状などを含めた情報公開の上での患者本人による意思決定が不可欠となってきている。このような決定プロセスは患者が十分な意志決定能力を有することが前提となる。意思決定能力とは、選択を表明する能力、意思決定に必要な重要な情報を理解する能力、自らの現在の状況と選択による将来の帰結を認識する能力、情報を元に論理的に選択肢を比較考察する能力などの要素で構成される⁹⁾。上述のように高齢がん患者においては、せん妄や認知症といった認知機能障害をきたす精神疾患の頻度が高いことから、患者が十分な意思決定能力を有していない場合も多い。高齢がん患者において治療に関する意思決定能力障害の頻度を系統的に評価した研究はなされていないが、急性期内科病棟入院患者における調査では、面接調査を施行できた患者の31%に障害があり、重篤な認知機能障害や意識障害で面接困難であった患者も含めると40%で障害があったという⁹⁾。また、高齢と認知機能障害があることが意思決定能力障害の関連要因であったことから、高齢がん患者における意思決定能力障害の頻度も低くないことが示唆される。

意思決定能力障害を疑う場合、説明後に理解を確認するなどして、上述の意思決定能力を構成する各要素の評価を行うが、それには一定以上の経験を要するため、もしそれが臨床的な問題であれば精神科への依頼も検討する。

意思決定能力に障害があると考えられた場合、まずはせん妄のような除去可能な原因がないかどうかを探査し、あればそれへの対応を行う。その上でなお意思決定能力が障害されていると判断される場合、その障害に合わせた対応策を模索することとなる。多くの場合、家族を代諾者とすることが多いが、超高齢化社会となる中で身寄りのない高齢者も多く、時として倫理的な問題をはらむことから第三者的な代理人が必要となることもある。

意思決定能力障害についてはまだその概念も

十分に普及しているとはいえ、評価についても対応についても十分な知見がないのが実際である。意思決定能力の簡便な評価方法の開発、意思決定能力障害時のガイドラインなどの開発が急務となっている。

包括的老年期評価

上述のように、高齢がん患者にはさまざまな精神症状が生じうる。しかし高齢者の脆弱性は、精神的側面のみによらず、身体的側面、社会的側面など、さまざまな問題が複合的に関連したものであることが多い。

そこで、高齢者のさまざまな側面を多次元的に評価するプロセスである老年期包括的評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)を抗がん治療の開始前などに行い、その評価に基づいて治療計画や長期療養計画を作成することの重要性が認識されるようになってきている。具体的な評価内容としては、身体的側面として日常生活活動(食事、更衣、排泄、入浴など)、手段的生活活動(移動、買い物、金銭管理など)、合併症、栄養状態など、精神的側面としては、認知症やせん妄などの認知機能障害、抑うつなど、社会的側面としては生活状況、保険、ソーシャルサポートが含まれる。

がん医療において、外来患者に対してCGAをベースに多次元的介入を行うことが患者の生命予後や身体機能を改善することや、CGAが予後予測に有用であることなど、CGAの有用性を示唆する報告がなされるようになってきている¹⁰⁾。これらの知見の集積を受けて、米国National Comprehensive Cancer Network(NCCN)やEuropean Organisation of Research and Treatment of Cancer(EORTC)などのガイドラインにおいては、高齢がん患者に対してCGAを施行することを推奨している。

このように、高齢がん患者における精神症状評価は、がん治療開始時の包括的評価の重要な一部と考えられるようになっており、今後CGAが普及していく中で、ルーティンに行われるべき要素の一つであることを強調したい。

おわりに

高齢がん患者における精神症状のサポートについて概説した。精神症状に限らず、高齢者は複数の問題を抱えた複雑な状態にあることが多く、現実的には対処が難しい場合も多い。CGAのような枠組みで問題や機能障害を全人的に評価し、多次元的なケアを提供することが必要である。

文 献

- 1) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011 ; 12 : 160.
- 2) Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009 ; 14 : 60.
- 3) Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer* 2008 ; 98 : 1934.
- 4) Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; (1) : CD003491.
- 5) Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009 ; 10 : 164.
- 6) Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer : implications for cancer care. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2033.
- 7) Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; (1) : CD003476.
- 8) Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988 ; 319 : 1635.
- 9) Raymont V, Bingley W, Buchanan A, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors : cross-sectional study. *Lancet* 2004 ; 364 : 1421.
- 10) Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 1824.

* * *

かかりつけ医が理解すべき がん患者のこころの変化

—診断から終末期まで—

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

はじめに

がんとこころの関係を扱う医療，医学の領域をサイコオンコロジー（精神腫瘍学）という。サイコオンコロジーは従来ともすると軽視されがちであった「がんがこころに与える影響」と「こころや行動ががんの罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として

まれた新しい学問である。欧米では，がん告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった。

本稿では，サイコオンコロジーの観点から，なかでもプライマリ・ケアの領域で有用ながん患者の精神症状に関する知見を中心に概説する。

Ⅰ がん患者に頻度の高い精神症状

先行研究の結果から，がん患者のおおむね半数には何らかの精神医学的診断が認められ，がんの病期にかかわらず臨床的に問題となることの多い精神症状は，適応障害，うつ病，せん妄であり，終末期になるに従いせん妄の相対的な割合が増加することが示されている（図1）。これらががん患者にみられる精神症状は，患者自身に苦痛をもたらす頻度が高い症状であるのみならず，QOLの全般的低下，抗がん治療に対するアドヒアランス，

家族の精神的負担の増大など，多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされている。したがって，かかりつけ医がまず理解すべき病態も前述した3疾患である。

① 適応障害

a. 適応障害とは

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）¹⁾。

b. 治療

適応障害の治療はおおむね精神療法と薬物療法に大別されるが，とりわけ精神療法は不可欠であり，必要に応じて薬物療法を併用する方法が一般的である。また，がん患者においては，医療スタッフからの心理的な援助の有無が，その精神的な適

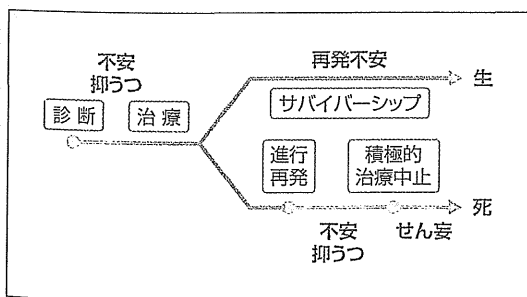


図1 がんの経過と精神症状

表1 適応障害の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状(例)
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ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現	がんの再発の診断告知を受けてから、気分が沈み、些細なことでも涙が出てしまい、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とき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	最近は何事にも集中できず、気持ちは焦るばかりで、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ほか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、不安障害等、ほかの精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

応を大きく左右する要因であることが示されており、医療スタッフが患者の精神状態をよく理解し、医療チームとして患者を支えていく体制を整えることが重要である。また、背景に適切にコントロールされていない身体症状(とくに痛み)や家族の問題などが存在することも少なくないため、常に包括的なケアの提供を念頭におく必要がある。

精神療法のなかでも最も一般的で、そして有用なのが支持的な精神療法である。支持的な精神療法は、がん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情緒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。その基本は、患者の感情表出を促し、語られる患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。これらの面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると患者に言語的あるいは非言語的に伝えることが治療的に働く。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療者に接することはがん患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。また、患者が抱える問題を言葉にして語るだけで、患者自身の内面で問題の整理がすすみ、その結果、

精神的な負担が和らぐこともまれではない。

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分あるときや患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。抑うつ、不安など顕在化している精神症状は患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、うつ効果も期待でき、また半減期の短い抗不安薬アルプラゾラム(ソラナックス[®]、コンスタンから投与されることが実際的である。たとえばソラナックスを0.4~0.8mg/日程度の少量を開始し、適宜増減するが、多くの場合、精神科一般診療で用いられる通常使用量に比べ、少量で有用であることが多い。ソラナックス[®]で効果十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬の変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気やふらつきといった有害事象の出現などの状態をきめ細かく観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

2 うつ病

a. うつ病とは

がんの場合、うつ病はさまざまな喪失体験(がんになって健康、仕事、役割、将来の計画を失ってしまうなど)に関連して生じることの多い疾患である。うつ病の場合、不安が主体の疾患は異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることのないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている²⁾。目立たない反面、うつ状態に苛んでいる患者は、内面的に苦悩していることが珍しくない。看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある。とくに、明確な希死念慮を有するよううつ病に対する適切な対応は、自殺の予防に力患者のQOLを維持し、治療に良好に取り組むのを援助するうえできわめて重要である。表うつ病の診断基準を示した¹⁾。

表2 うつ病の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	
以下の症状のうち、①あるいは②を必須とし、全部で5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。	
①抑うつ気分	気分が沈んで、いつもすぐれない。
②興味・喜びの低下	何をしても楽しくない、興味がもてない。
③食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲がでない、何を食べてもおいしくない。
④不眠(過眠)	夜眠れない、寝つけても途中で目が覚めてしまう。
⑤焦燥・制止	いらいらしてじっとしてられない、何かをしようと思ってもブレーキがかかったように身体が思うように動かない。
⑥易疲労性・気力減退	疲れやすい、だるい、気力がでない。
⑦罪責感・無価値観	まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと過度に感じてしまう。
⑧思考・集中力低下	物事に集中できない、決断できない。
⑨希死念慮	死にたい、早く逝ってしまいたい。
臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能障害の存在 物質や一般身体疾患によるものではない	

b. 治療

うつ病に対しては精神療法(前項参照。なお、うつ病に対しては支持的精神療法に加え、特異的な精神療法として認知行動療法などの有用性が示されている)に加えて、おおむね薬物療法も併用されることが多い。以下、薬物療法を中心に概説する。

複数の無作為化比較試験の結果から、がん患者のうつ病に対しても、抗うつ薬の有用性が示されている。しかし現時点においては、がん患者のうつ病に特定の抗うつ薬が有用性のうえで優るといふエビデンスは存在しないため、一般的には、投与経路(経口投与が可能か否か)、患者の身体状態(とくに現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握)、推定予後(週単位か、月単位か)、併用薬剤(相互作用を有する薬物が使用されていないか)、抗うつ薬の有害事象プロフィール(無用な身体的負荷を避けるため)などを総合的に判断して、薬剤選択を行う。予後が限られた状況など、うつ病の完全な治癒を望むことが現実的には難しいと考えられる場合であれば、うつ病の症状のなかでも標的症狀を定めて、部分的ではあっても可能な限りの症状緩和を行うことが重要である。

薬物療法の実際としては、抗不安薬ソラナックス[®]または抗うつ薬から治療を開始することが多い。より具体的には、うつ病でも軽症のものや反

応性のもものでは、抗うつ作用を有する抗不安薬であるソラナックス[®]から開始し、中等症〜重症例に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)から投与することが実際的である。抗不安薬の投与の際と同様、いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し、状態をみながら漸増していく。

3 せん妄

a. せん妄とは

せん妄は、軽度ないし中等度の意識混濁に興奮、錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う特殊な意識障害であり、ストレス反応性の疾患ではないことを知っておきたい。実地医療の現場では、興奮、焦燥、幻覚・妄想、治療アドヒアランスの低下や拒否(点滴を自己抜去したりするなど)、睡眠覚醒リズムの障害(昼夜逆転)などで臨床的に顕在化することが多い。

b. せん妄の診断

せん妄の定型例では、比較的急性に症状が出現し、症状の日内変動(とくに夜間症状が増悪)、注意集中困難などが特徴的である。興奮や焦燥が目立たない不活発なタイプ(活動低下型せん妄)も存在し、これらは抑うつ状態など心理的問題と誤診されることもまれではなく注意が必要である。表3

表3 せん妄の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	典型的な臨床症状
注意集中, 維持, 転導する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における清明度の低下).	質問に対して集中できない. 前の質問に対して同じ答えをする. 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうとしてしまう.
認知の変化(記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など), またはすでに先行し, 確定され, または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現.	最近の記憶が曖昧である. 新しいことをすぐに忘れてしまう. 時間と場所に関する見当識を失っている. 錯覚(壁のシミを「虫がいる」という), 幻視をはじめとした幻覚(人がいない場「人がいる」という)の存在.
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日), 1日のうちで変動する傾向がある.	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には点滴を自己抜いたり, ベッドから勝手に降りようとしたりする.
病歴, 身体診察, 臨床検査所見から, その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある.	背景に原因となる身体状態や薬剤(オピオイド, 抗不安薬・薬, ステロイドなど)の使用などがある.

表4 がん患者のせん妄の発現要因

	要因	異例例
準備因子 (脳機能低下を起こしやすい状態)	年齢 脳の器質的病変の存在 認知機能障害	高齢(とくに70歳以上) 脳血管障害の既往 認知症
誘発因子 (発症を促進・重篤化・遷延化する要因)	環境の変化 感覚遮断 睡眠・覚醒リズムの障害 可動制限 不快な身体症状	環境要因(騒音など) 暗闇, 視力・聴力障害(眼鏡や補聴器の不使用) 夜間の処置 身体抑制, 強制臥床 痛み, 呼吸困難, 便秘, 排尿障害・尿閉
直接原因 (せん妄そのものの原因)	腫瘍による直接効果 臓器不全による代謝性脳症 電解質異常 治療の副作用 薬剤性 感染症 血液学的異常 栄養障害 腫瘍随伴症候群	脳転移, 髄膜播種 肝臓, 腎臓, 肺, 甲状腺などの障害 高カルシウム血症, 低ナトリウム血症 手術, 化学療法, 放射線療法 オピオイド類, 抗うつ薬, ベンジジアゼピン系薬剤(抗薬, 睡眠薬), 抗コリン性薬剤, ステロイド 肺炎, 敗血症 貧血 全身性栄養障害(低タンパク血症) 遠隔効果, ホルモン産性腫瘍

にせん妄の診断基準を示した¹⁾.

前述したようにせん妄はがんの終末期, なかでも入院を要するような身体状態の際に頻度が高くなるため, かかりつけ医がせん妄状態の患者のマネジメントに中心的な役割を果たすことは少ないと思われる. 一方, 進行がん患者の経過観察中にせん妄が発現した際などは, 背景に病状の進行が想定されることも少なくないため, かかりつけ医が, せん妄の診断に習熟し, 適宜, がん専門医と速やかに連携できるシステムが構築されると在宅で療養する患者, 家族にとって大きな援助となる.

c. がん患者のせん妄の原因

せん妄の発生要因は, もともと存在する準備因子(高齢などせん妄の本態である脳機能の低下を起こしやすい状態), 誘発因子(環境の変化や不快

な身体症状などせん妄の発症を促進, 重篤化し遷延化する要因)と直接原因に分けて者と理解しやすい(表4). 進行・終末期のがんにせん妄が生じた場合は, 3~4つの複数のが原因となっていることが多い³⁾.

d. 治療

1) 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は, 原因の同定とそれによる治療である⁴⁾. したがって, 理学的所見, 所見, 投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し, 身体的原因の治療, 原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の原則がある. 進行・終末期のがん患者にみられる場合, 原因のなかでも, 薬剤性のものと高カルシウム血症によるものは原因への対応によ

逆性が高いことが知られている。なお、オピオイドが原因として想定された場合には、減量あるいはオピオイドローテーションを考慮するが、あくまでメリットとデメリットを総合的に勘案して行うことが重要である。

2) 環境的・支持的介入

せん妄を増悪させる環境要因を除去することを目的として、患者にとっての親しみやすさや適切なレベルの環境刺激を提供する環境的・支持的介入の併用が推奨されている。これら介入の具体例としては、周囲のオリエンテーションがつくよう夜間も薄明かりをつける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く、などがあげられる。点滴ライン、導尿カテーテルなどは可能な範囲で控えることが望ましい。せん妄の際にみられる行動障害(興奮など)および認知や知覚の障害(歪んだ認知や幻覚など)は、ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもあるため、せん妄がみられた場合は、患者の身の回りからの危険物の除去など安全性を確保することも必

要となる。

また、せん妄を呈している患者を目の当たりにした家族は心理的に動揺(たとえば、「がんと闘病がつらい余り、ついにこんなことになってしまった」など)することが多いために、家族の無用な苦悩を軽減するためにも、患者の治療と併行して、家族に対しての十分な説明と配慮が必須である。

3) 薬物療法

せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり、治療に時間を要することもまれではないため、多くの場合、対症療法として薬物療法も行われる。

せん妄の薬物療法の有用性に関する無作為化比較試験の結果、薬物療法の中心は、原則的には抗精神薬であり、実地臨床においては、ハロペリドール(セレネース[®])、リスベリドン(リスパダール[®])、クエチアピン(セロクエル[®])が常用されている。治療初期には過量投与にならないよう少量を頻回投与することにより必要最小量を推定し、翌日からの投与量の参考にすることが推奨されている⁵⁾。

おわりに

がん患者に頻度の高い精神症状として適応障害、うつ病、せん妄について概説した。欧米からは遅れをとっているものの、わが国においてもがん対策に重きがおかれるようになり、サイコオンコロジーへの関心、がん医療における心のケアへ

のニーズが飛躍的に高まってきている。一方、わが国ではサイコオンコロジーを提供する医療体制が整っていないことから、がん診療を提供する高度医療機関とかかりつけ医とのスムーズな連携システムの構築が期待される。

参考文献

- 1) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸(訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 2002.
- 2) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol, 16: 1594-1600, 1998.
- 3) Leonard M, Raju B, Conroy M, et al: Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. Palliat Med, 22: 848-854, 2008.
- 4) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, 156: 1-20, 1999.
- 5) Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H, et al: Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. Support Care Cancer, 4: 390-392, 1996.