

市民公開講座

## ホスピスケアと家族

### — その抑うつと自殺について —

内富庸介\*

#### コミュニケーションの重要性

私は広島大学を卒業して精神科医を11年務めた後、千葉県柏市の国立がんセンターに15年おりました。そこでホスピスケア、特にがん患者さんの心のケアを始めたのですが、2010年春に岡山大学に赴任しまして、教育の面から携わっていかうと考えております。

よく聞かれることですが、ホスピスケア(緩和ケア)はどの時期からがん医療の中にあるべきか。1989年のWHO(世界保健機関)によるホスピスケアの定義は「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する」ものとされていましたが、2002年にはこの定義も「疾患の早期から」提供されるものと改められ、がん治療を始めた時から患者さんのQuality of Lifeの改善を目的としたケアを行うことになりました。

日本でも緩和ケアチームによる診療が導入されるようになり、その中で遺族ケアも考慮されるようになりました。患者さんと同様に、家族もがんというものに向き合います。むしろ家族や遺族の方にこそ長く深い心のケアが必要ではないかと考

えられるようになってきています。

現代の緩和ケアにつながる「ホスピス」は、1967年、シリー・ソンドーズによってロンドン郊外にホスピス病棟が作られた時に始まると言われていています。たかだか四十数年の間にイギリスから全世界に大きく広がったわけですが、ホスピスケアのこういったところに価値が認められたのでしょうか。以下の5点が重要だとされています。

1. 無意味な延命をするよりも、患者自身が疾患を苦難として受け入れられるようにする。
2. 疾患そのものよりも、医療の原点に戻って患者個人に向き合う。
3. 情報開示し、患者が選択してコントロールできるようにする。
4. 疾患にともなう痛みや倦怠感の緩和にも全力を傾ける。
5. 決して見捨てない。

こういったホスピスの価値を実現するためにもインフォームド・コンセントが特に重要になります。つまり、患者さんが自分自身の現在の状態を知るといことです。informed consentは「説明と同意」と訳されましたが、もとの意味は「説明された上での同意」で、重要なのは同意の部分です。

心は「知・情・意」という言葉で表されるように、知識が与えられ、それに対する感情が生じて人間は意志を持ち、行動が起こります。自分の命

第21回日本嗜癪行動学会(2010年11月21日)より  
Hospice care and family

\*岡山大学大学院 医師薬学総合研究科 精神神経病態学教室  
〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

Yosuke Uchitomi M.D.: Department of Dentistry and  
Pharmaceutical Sciences, Okayama University Graduate  
School of Medicine, 2-5-1, Shikata-cho, Kita-ku, Okayama,  
700-8558 Japan

が危ういと知らされると、ほとんどの人は恐怖感や激しい衝撃、怒りなどの感情を持ちます。そして知と情の間を行きつ戻りつして最終的に医師に同意し、そこからアクションが起こるわけです。

患者さんはがんであることを医師から初めて伝えられるわけですが、これは「あの後どうやって家に帰ったかわからない」と言う人もあるほど衝撃的なできごとです。けれども経験の長い医師にとっては告知というものは日常的な仕事なので、ここには最初から温度差があります。

医療者側には、「説明」から「同意」までの間に患者さんの「気持ち」を確認する必要があるのではないかと。そして、患者・家族の方は自分がどういう気持ちになったのかを医療者に積極的に伝えていきたいと思いますというのが、今日の私の話の中心となる内容です。

説明や知識を与えられて、それが自分にとってプラスかマイナスか、快か不快か、都合がいいか悪いかなどを判断する。これは非常に重要な心の装置です。これによって自分の将来も大きく左右されますので、どういう感じ方をしたかを患者さん自身が医療者に伝える。そこがうまく伝われば、その医療者と「一緒にやっていける」「自分の価値観を確認しながら進めていってくれるだろう」という安心感につながります。

### 心のケアとサポートグループ

がんに対する患者さんの心の動きには大きな節目があります。1. がんだと診断された時、2. 手術後、検査で通院する時、3. がんが治らず、自分らしく生きること重要な価値が置かれる時期の3つです。

症例を挙げてお話ししましょう。

大腸がんを経験されたA氏(43歳・男性)の場合です。

A氏の場合は40代前半で、がんになるには少し早い年齢ですが、心の準備をしていなければ何歳でも同じでしょう。

1. 「どうして私なのか?」と思う。

身近には大酒家の人もあるし、喫煙する人も高カロリー食をたくさん食べる人もいます。不摂生を

している人も多いのに、どうして自分がその人たちより先にがんになるのかとA氏はまず思いました。

2. 手術を受けた半年前を遠い昔のように振り返る。

ためらう間もなく受けた手術、過剰なほどスタッフや同病者から十分な援助を受け、ある種、躁状態のようだった入院生活を過ごして、あっという間に退院となりました。

3. 再発不安、社会復帰してから痛感する「がん患者」という烙印、疎外感。心の中の余震に襲われる。

患者さんの中には、「退院して1人になると、いきなりプールから沖合に連れ出されて『1人で泳いでみなさい』と言われたようだった」と言う方もあります。家族が仕事などに出て行って家で1人になることが多い。頭痛がすると「頭に転移したんじゃないか」、腰が痛くなると「腰に転移したんじゃないか」などと思ってしまう。ここで初めて「がん」というものの重みを感じるようになります。

多くの方が経験されるこのような疎外感や不安、恐怖などと向き合うために、がんの知識を整理すること、また弱音も吐ける相手がいること。これこそ心の支援対策の第一歩だと思います。A氏も「心を許せる同僚や家族の存在が何よりの助けだった」と振り返っておられました。

がんという病気は、「あの人はこの職場の“がん”だ」という使い方をされるように、社会的な烙印にもなっています。精神病とがんには「社会から疎外される」「周囲から一人前扱いされなくなるのではないか」という孤立感が共通すると言う方もおられました。

また、再発の不安もつきものですが、皆さん、これには、周囲の人との知識の共有や気持ちを打ち明けるなどして、3年くらいの長いスパンで向き合っておられます。特にがんを知ってから最初の半年くらいは急流下りのようなもので、最初は滝壺に落ちていく。そこから3~4年かけて上流を下っていく。3~4年すると、再発のリスクもだいたいわかってきますので、ようやく川の中流に来て周囲の景色が落ち着いて鑑賞できる時期に

なります。

39歳で進行性大腸がんを経験したエッセイストの岸本葉子さんは、その経験をテーマに3冊の本を書かれています。

独身だった岸本さんは、ご家族も高齢の父親だけで、最初の10カ月間誰にも相談できなかった。その後、患者さん同士のサポートグループへ行っ初めて自分と同じ人がたくさんいるとわかり、気持ちを話せるようになった。グループには先輩患者もいるし、自分より後にがんになった人もいる。自分の話ができて、それが周囲の人に受け入れられ、場合によっては評価されることもあって、皆さん、ずいぶん心が落ち着いてきて自信を取り戻し、少しずつ復帰につながると書いておられます。

このように、いったん自分の中に引きこもったところから前向きに進めるようになるプロセスが重要です。ここを経てからようやく、がんの知識を自分にひきつけて見ることが出来ます。特にがんという病気は想定外の動きをするところがありますので、1人1人似ている部分もあるけれど、まったく同じ「がんの物語」は誰一人としてありません。知識をある程度整理して自分にとっての個別的な部分に落とし込む。そういうことが1～2年かけて落ち着いてできるのではないのでしょうか。

やがて落ち着いて周囲が見えるようになって、がんになった後の自分は、がんになる前の自分と同じところには戻りません。価値観も変わりますし、やりたいことの優先順位も変わっているでしょう。がんになる前の自分と、なつてからの自分がうまく接合するまでにだいたい3年かかると言われています。それから人生の再設計ができるようになるのではないのでしょうか。

私のいたがんセンターでもサポートグループを行っていました。がん患者のサポートグループの原点は、1930年代に米国で始まった断酒会(Alcoholics Anonymus: AA)にあります。このアルコール依存症からの回復という成功例を応用したのが、がん患者のサポートグループです。患者さん同士で再発について勉強したりできますし、お互いのサポート力が非常に大きいので疎外

感も和らぎ、グループの中での役割を得ることが出来ます。社会的成功とは少し違った自分の人生の意味を深く考えたり、友人や家庭を大事にするようになったり、外面から内面へとシフトを変えることにもつながります。また、後に続く患者さんのために何かしようという博愛的な行動も出てくるのがサポートグループの効用でしょう。

### 精神腫瘍医の仕事

2006年に成立した「がん対策基本法」に基づいて、がん対策基本推進計画が策定されました。民主党の山本孝史議員が国会で自らの末期がんをオープンにされ、一気に超党派で法律ができたという経過もあり、立案時には19名のメンバーの中にがん患者と遺族が複数名入りました。そうしたこともあって国民の期待も大きくなっていますが、特に身体症状の緩和や精神・心理的な問題への援助も目標とされています。

がんによる身体的苦痛に対しては積極的な緩和ケアが必要ですが、手術後の痛みや放射線化学療法による倦怠感、吐き気などの副作用対策はずいぶんできていますので、むしろ心の問題が非常に大きくなってきます。心への影響は家族にとっても等しいものですし、なおかつ遺族となつてからも大きな負担が残りますから、心のケアの重要視はご遺族の希望される場所でもあります。

この基本計画以降、がん診療連携拠点病院も整備されてきています。二次医療圏単位に1つずつ設置され、そこへ相談すれば心のケアを提供する人たちに必ずつながれる。現在、全国で300を超える拠点病院が緩和ケアチームを持っていて、チームの構成員は、緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師の4名が目標とされています。

精神腫瘍医という言葉はがん対策基本推進計画の中で初めて使われましたが、これは精神医学や精神科医療の専門家が、がん医療に特化して医療行為を行う場合の呼称です。こういった人材の育成も目的とされています。告知をするにあたってがん専門医には特にコミュニケーション技術が必要であるから、これを向上させていこうというこ

とです。患者さんやご家族にとって、がんの診断や再発といった場面では医師の物言いが非常に大きな影響力を持ちますから、基本計画の中にこういった言葉が盛り込まれたところにも市民目線が感じられます。

「精神腫瘍医は何をするのですか」とよく聞かれますが、通常精神科医と変わりません。

1番目はカウンセリング。情報整理とは正しく理解するための援助と支持的療法、つまり患者さん自身の回復法で乗り越えていく援助になります。

情報整理では、先にお話ししたように、「ここまではあなたのがんにとって役立つけれど、ここからは少し違いますね」といった整理を専門家が行う場合もあります。

支持的療法とは、ご本人がもともと持っている回復法を用いるということです。がんという病気になることは人生での大きな出来事だと思えますが、たとえば、戦争や家族の死、職場でのリストラなど、それに比する辛い経験のある方もたくさんおられます。その時にその方がどう向き合ったかをまずお聞きするようにしています。

「がん」だと言われて頭の中が真っ白になっている方にも自分の人生を思い起こしていただいて、その時にどんな向き合い方をしたか思い出してもらう。ご本人の持つ潜在能力はがんの場合にも必ず役に立ちますので、まずそれを利用することをお勧めしています。

2番目にリラクセス法。これは行動療法の1つですが、告知されたとたんテンションが上がって頭の前からつま先まで筋肉が緊張の連続になりますので、これをゆるめて全身に意識をめぐらせるリラクセス法を行います。

3番目は薬物療法。薬を試すのも私はいいと思います。抗不安薬、睡眠導入剤、抗うつ薬などが役に立つことがあります。

日本では毎年約64万人の方ががんの診断を受けていますが、そのうち約34万人、2人に1人の人は「がんが治らない」時期を迎えます。一例をご紹介します。

48歳・女性、パート事務員。乳がんの再発があり、化学療法後、放射線療法を受ける。夫、長

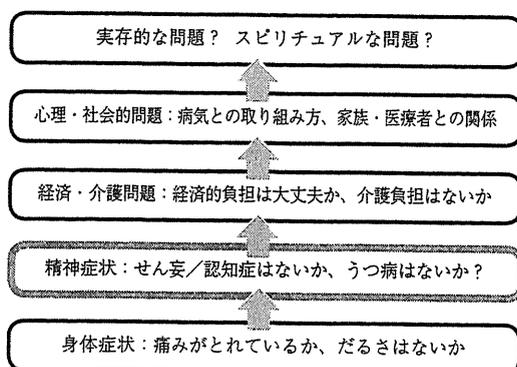
男、次男との4人家族。日常活動に軽度の支障がある。再発治療を受けた後復職したが、左腕がしびれて再休職中。

この方は不安発作を繰り返したため、私のところに紹介されました。「治療を始めて3年になるけれど、これまで精いっぱいやってきたと思う。もう治らないのなら、これから何を目標にしたらいいのか」というお話でした。

再発乳がんの薬はたくさんあって延命は可能ですが、完治はありません。患者さんご自身、再発乳がんの意味合いをどなたもよくわかってらっしゃいます。お話をうかがうと不安うつ病に相当する状態でしたので、抗うつ薬を使用して症状は軽減しました。

そうすると次に夫婦・親子の関係修復という課題が浮かび上がってきました。患者さんのお話をつないで推測できたのは、パートで家計を支えながら子育てしてきたこと、次男の不登校を前にしてその問題に向き合えず仕事に没頭した、それで罪の意識を感じたとのことでした。再発治療後がんは再々発し、息子さんは不登校から退学になってしまい、絶望、無力感、無価値感、人生の意味の喪失を感じたと語られました。

心の評価の進め方(図1)の話になりますが、心を入れている一番大きな器は何かといいますと、身体全体です。まずこの方の場合左腕のしびれがありましたので、その緩和を行いました。次に行ったのは不安、うつ病の治療です。身体の次に大きな入れ物は脳ですから、その次に脳の症



小川朝生、内富麻介編：精神腫瘍学クイックリファレンス、創造出版、東京、2009。

図1 心の評価の進め方

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なりました。

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いられた方の遺族、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

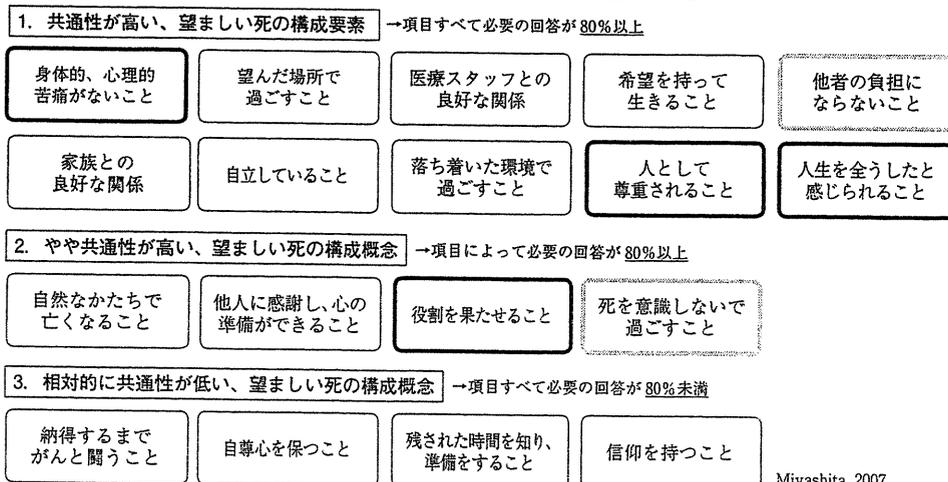
う願望があります。黒の太線で囲ったところは米国人の価値観と共通する部分です。これは米国でも日本でも意外と無視されている部分で、末期がんの患者さんでも「自分は役に立っている」と思えるようなケアのあり方が創造できないかと考えます。たとえば、末期がんの患者さんが最後まで若い研修医の相手をしたり、若い看護師の相手をしたりされたりする姿を見ると、こういうことかもしれないとも思います。

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



Miyashita, 2007.

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	喉、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

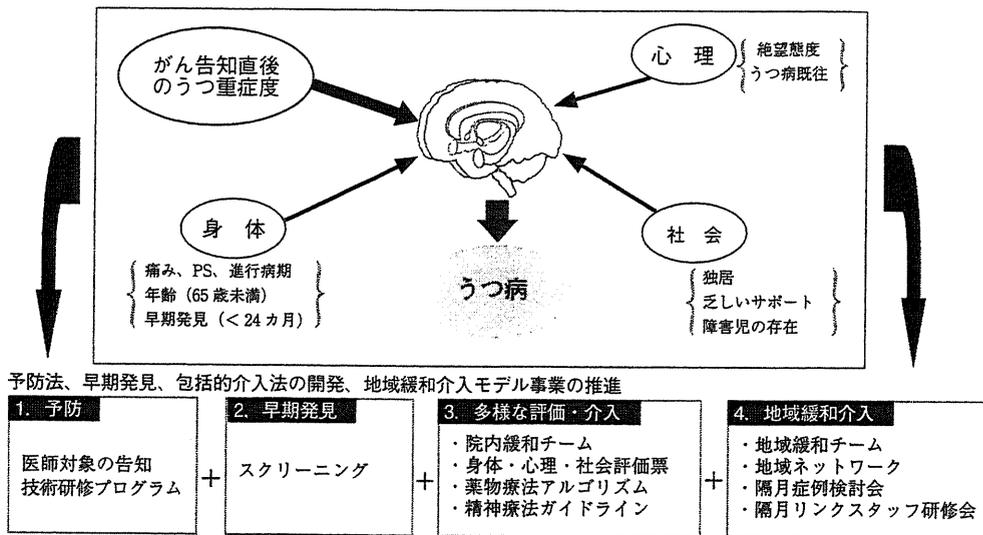


図3 がん告知と身体・心理・社会要因に着目したがん患者のうつ病介入

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。

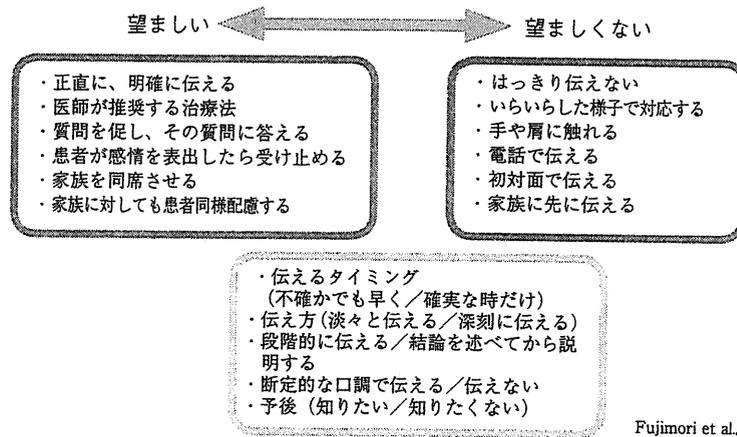
各国のがん患者の自殺率の高い時期を見ると、診断直後、診断1年以内、診断6カ月後、診断3～5カ月後の順です(表1)。日本でも診断3～5カ月後がピークですが、特に難治がんであると診断された後が多いようです。一般人口に比べて1.4、1.6、1.7倍の自殺率ですから、50～70%多いことになります。診断直後ですから、がんと言われて十分な知識がないまま絶望して死に至る方がかなり多いということです。

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」も好まれていません。

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—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のですね。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



Fujimori et al., Psycho-oncology, 2005.

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「Wメンズアクションネットワーク」)	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……………渡邊衛一郎

## ● 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,  $\alpha_2$  auto-

receptor および  $\alpha_2$  heteroreceptor に対する拮抗作用が強く, それに比して  $\alpha_1$  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 を介して 5-HT 放出を促進することが知られている<sup>5)</sup>。強力な 5-HT<sub>2</sub> および 5-HT<sub>3</sub> 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<sub>1A</sub> 受容体に作用すると考えられている<sup>5)</sup>。また, ヒスタミン H<sub>1</sub> 受容体にも強い拮抗作用を有している<sup>5)</sup>。

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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>, ヒスタミン H<sub>1</sub> 受容体遮断作用や 5-HT<sub>2C</sub> 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<sup>3)</sup>。

Mianserin はせん妄の治療薬としての報告があり<sup>7,12)</sup>、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  
に完  
15

仰う  
う  
開  
効  
ゃ  
呼  
ピ  
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	バセドウ病	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H<sub>1</sub>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<sup>10)</sup>。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<sup>5,11)</sup>、性差については特に大きな差は指摘されていない<sup>9)</sup>。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<sup>5,11)</sup>、やはりMIRの用量調整が必要とされて

いる<sup>5,9)</sup>。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、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<sup>1)</sup>。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<sup>15)</sup>。

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<sup>4,9)</sup>。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-HT<sub>1</sub>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-HT<sub>1</sub>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<sup>8,9)</sup>。また、5-HT<sub>2c</sub>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 セン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	$\alpha 1$	$\alpha 2$	5-HT <sub>2A</sub>	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,  $\alpha 1$ : アドレナリン $\alpha 1$   
受容体阻害,  $\alpha 2$ : アドレナリン $\alpha 2$ 受容体阻害, 5-HT<sub>2A</sub>: セロトニン5-HT<sub>2A</sub>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<sup>9)</sup>。それゆえ、5-HT<sub>2c</sub>アンタゴニストである MIR は、逆に5-HT<sub>2c</sub>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<sup>4,9)</sup>。さらに、 $\alpha 2$  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  $\alpha 2$  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<sup>9)</sup>。最後に、5-HT<sub>2A</sub>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<sub>2A</sub>アンタゴニストである MIR が、5-HT<sub>2A</sub>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<sup>9)</sup>。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<sup>15)</sup>。

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<sup>15)</sup>。よって MIR と mianserin の作用機序は比較的によく似ているが、両者の大きな違いとしては、mianserin が NA 再

取り込み阻害作用および  $\alpha 1$  receptor アンタゴニスト作用を有することが指摘されている<sup>5)</sup>。Mianserin はせん妄の治療薬としても評価されているが<sup>7,12)</sup>、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<sup>2,14)</sup>、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<sup>2,14)</sup>。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<sub>1A</sub> 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.

ゴニ  
lian-  
ハる  
ptor  
対  
あり  
を引

4 例  
系統  
七較  
平価  
生に  
てい  
使用  
旨効  
ある

il. :  
n in

---

**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。

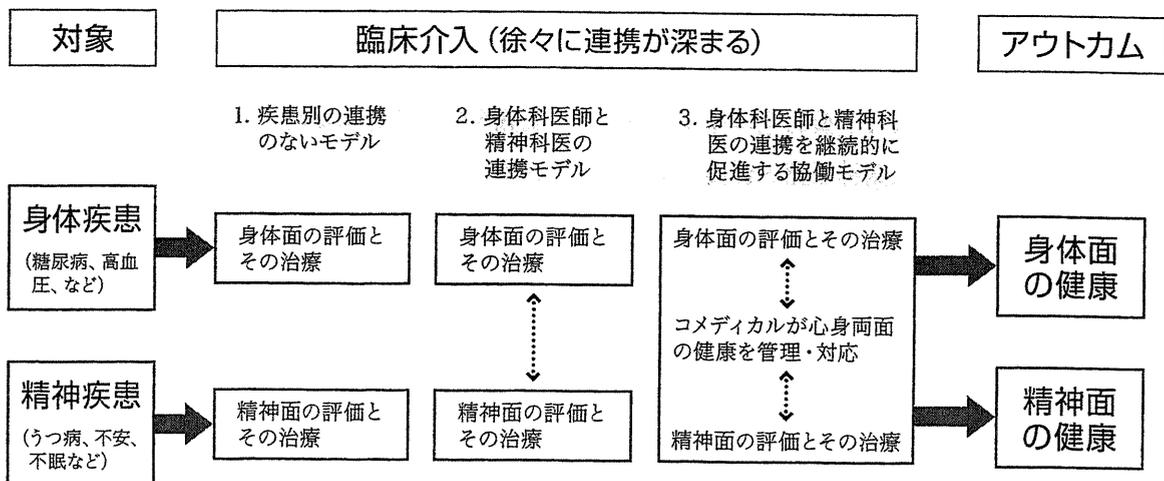
## 2. コンサルテーション・リエゾン精神医学とは

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 廣介  
(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は、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研究が不足していて、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。