

## 《特別講演》



# 「がん医療における心のケア」

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学

内 富 庸 介

ご紹介にあずかりました岡山大学精神科の内富です。今日は朝から大変長い研究会の最後にこのような機会を与えていただきまして大変ありがとうございます。末丸先生、そして種村先生、大変ありがとうございます。今日お話する内容は、この学会が多職種というふうにお伺いしましたので、広く皆さんにまず知っていただきたい部分をお話したいと思います。少しスライドが多くなるかもしれませんが、できるだけ皆さんの意識状態をこちらから観察しながら間引いてスライドを使いたいと思います。よろしくご協力のほどをお願いいたします。

### インフォームド・コンセントと心の機能

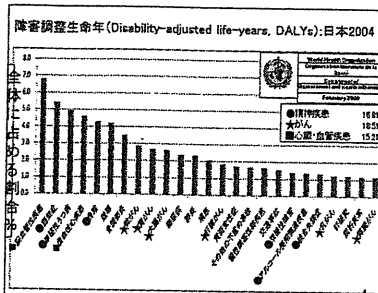
説明 → (気持ち) → 同意

知 ⇄ 情 ⇄ 意

それでは、今日お話しするインフォームド・コンセント、説明と同意というのは皆さんよくご存知だろうと思いますけれども、人の心という「知情意」。これを並べてみますと、「情」のところ、説明すべき知識を伝えられると、特に命に関わるような説明、知識ですと、感情が恐怖、怒り、落ち込み、不安、色んな感情が生じてまいります。人間も動物もそうですけど、その感情を頼りにその後の行動を意思決定していく、というのが本能と言いますか、自分にとって非常に長い将来に関わる重要な決定ですので、医師

のほうも最初に説明して、同意で終わりというわけには行かないと思います。ですけど、そのあんばいというのは非常に難しい部分がありまして、今日お話する内容は、その気持ち、説明と同意の間の気持ちについて中心にお話をしたいと思っています。

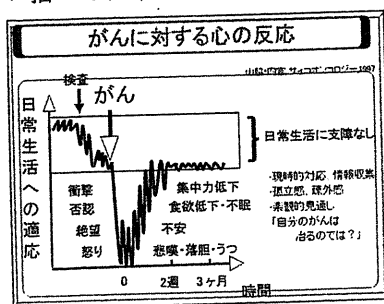
気持ちの問題はこれからどんなふうに広がっていくのかと。よくWHOがこれまで、死亡率で病気の重大性を推し測っていたと思うんですけども、単なる生き死にだけではなく、健康寿命という概念を少し入れて、障害調整生命年 (DALY) という数値が最近よく使われるようになってきました。一番左にあるものは脳血管障害でして、この疾患自体は急逝するので生死に関わる非常に数多い疾患であるということと、もうひとつ脳卒中後に寝たきりになって、10年とか20年と非常に長い辛い、それこそ健康寿命としてはマイナスの側面があります。そういった生き死にと生命のマイナス面と健康寿命のマイナス面、それを併せた概念がDALYという数値でありまして、各国でこの数値が算出されています。



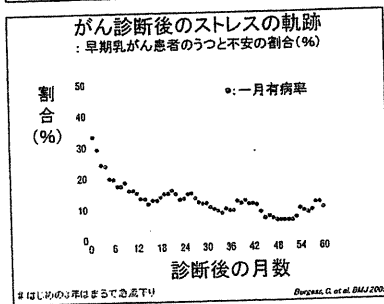
日本のこの数値を見ますと、トップが脳血管障害ですけども、2番目に認知症、先進国では飛び抜けて割合が高い。これは2004年のデータですから、ずいぶんこれから進んでいるのではないのでしょうか。3番目がうつ病。先進国ですとトップがうつ病ですので、これからもっともっと、経済状態が良くなるようにはいっそう見えませんので、ますます認知症とうつ病がこれから非常に大きな割合を占めるのではないかと。がんを見ても、よう

やく自殺の後、7番目8番目ぐらいから肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がんと出てきます。躁うつ病、アルコール、統合失調症の後によく乳がんが出てまいります。この数値を足していきますと、だいたい十数パーセントずつありまして、この数字が何を意味するかと言いますと、イギリスはこの数字をもって医療資源は限られているので、医療費の再分配をこの数値でもって行おうというふうなことを考えています。つまり、これまでその領域の疾患が多いというよりはどちらかと言うとその領域の医療者が多いから出来高払いでどんどん医療費を使いただけ使えた部分があるんですけども、右肩下がりになってくると限られてくる。そうすると公平性を考えると、例えば日本でがんは18.5%を占めていますけれども、医療費で言えばまだ12.3%ですので、まだまだがん医療には十分な医療が投入されていないと。精神疾患16%ですけれども、惨憺たるもので、先進国では最も医療費の少ない。これから高齢化社会を迎えて、認知症、うつ病、がんというものがますます高齢化社会における医療費の再分配、公平性という観点から見てもこういうがん、心の側面というのはますます重要になってくるような気がしています。

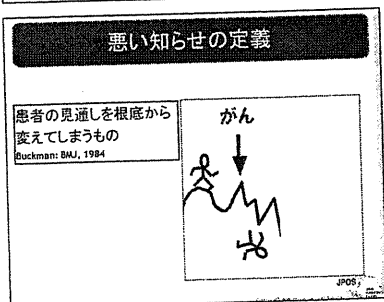
今日これがイントロで、本題に入りますけど、通常心の反応を知っていただくことで、あらかじめこういうふうな想定内の心の動きで、患者さんご家族は進んでいくのかなということのある程度思い描いておくと、対応がしやすくなるということで、少しだけご紹介します。



がんと伝えられますと、ほとんどの人は衝撃が走って、「自分ががんになるはずがないです。」とか、「どうしてあの人じゃなくて自分なんだ。」という、非常に感情が揺さぶられる2、3日があります。それを経て、2週間、3ヶ月とようやく生活に辛うじて日常生活、最低限適応できるようになりたい3ヶ月ぐらいで軌道に乗ると言われています。がんに関する知識がない人では、比較的否認がうまく働いて、自分のがんに限っては良くなるのではないが、というふうに思われるのが一般的で、これが少し健康の指標にはなりません。



そうは言ってもどれくらい経つと、がんと向き合える状況になるのかと言いますと、これはイギリスのデータなんですけれども、早期の乳がん診断されて、うつ病・不安障害がどの程度、診断後に存在するかということ約5年、ひと月毎にプロットしたものです。乳がん診断されるとだいたい3割ぐらいの方がうつ病・不安障害に相当します。2ヶ月、3ヶ月、4ヶ月、半年が来てようやく20%に減ります。そこから少しなだらかになりますけれども、一般の人と変わらない10%未満になるまでにやはり3、4年掛かります。つまり最初の半年が、滝壺にいきなり突き落とされ大混乱の時期とすると、そのあと3年ぐらい掛けてようやく周囲の景色を見ても、川で言えばようやく中流に出るというのがだいたい3、4年。この時期になりますと実際、再発するリスクはずいぶん減ってきますので、乳がんは切ったら終わりという時代がかつてありましたけれども、恐ろしく長く、社会適用するまでにやはり3、4年掛かっていますので、そういった意味では慢性



の病気であるというふうに思われます。切って終わりという時代から考えると、じゃあどういふ心のケアが必要なんだろう、というふうに考えますと、がん、悪い知らせというのは、良い知らせだと見通しは変わらないんですけども、何がかわるかと言いますと、将来の見え方、その人にとっては大

きな財産になると思いますけれども、健康な時にはベストシナリオで自分の良い人生を描いておられると思いますけれども、がんになった途端、全くワーストシナリオになるんじゃないかと。何が変わるかと言いますと、思っている見通しが根底から、足元から崩れていくような体験である。その心の復興に3、4年掛かるということになろうかと思っています。

症例:53歳、男性、営業マン、肺扁平上皮がん、Stage IIIb、化学療法後、放射線療法2回、痛みは少し、日常活動に軽度支障あり。

家族歴:妻、長女、次女、長男(知的障害)の5人家族

主訴:頻繁に起こる呼吸苦発作で救急受診

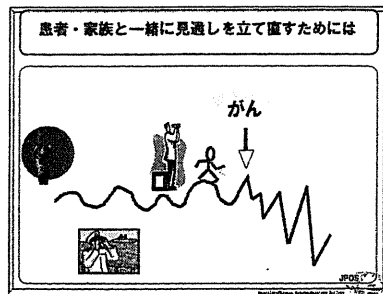
現病歴:肺がん治療後一旦復職したが、左鎖骨上窩リンパ節転移、左上肢しびれにて再休職中。救急受診を繰り返したため、救急外来から紹介された。

これは、卒業して3、4年目の国立呉病院で経験した患者さんのお話を少ししたいと思います。53歳男性、営業マンの方で、肺がんの進行がん、3Bですから20年前も今も、そう治療法は変わっていません。化学療法、それから放射線療法。奥様、長女、次女、そしてご長男がおられ、その後、肺がんの治療をされていた方なんですけれども、頻繁に呼吸苦発作が起こるということで、救急受診してはレントゲン、心電図、血液生化学検査をしても何もないと。何度か繰り返された後、診てくれないかということで相談

を受けました。当時、精神科医が肺がんの患者さんに会うということはまず例外的な時代ではなかったかと思うんですけれども、先輩からの命令ということでしぶしぶ、かなり怖気づいていたんですけれども、診ることになりました。お話を恐る恐る伺って、「最後の頃に治療を始めて4年にもなるんだけど、もうこれまでだと思おう。」というお話を、初診の時点でされました。こっちがもうびっくりするや、パニック障害、うつ病という診断を付けて何とか精神症状の面についてはなんとか相談に乗りましょう。でもその他のことはちょっと。私20代ですし、相手は50代ですから、今この歳になると、ああそうだったんだろうなと思うこと、いっぱいありますけれども、20代だった時の医師がこういう肺がんの、それも末期がんの方と向き合うというのはずいぶん荷の重い仕事だなというふうに思いました。お話を伺っていると、待望の長男が野球ができない障害を持っていた。そして、それに失望してあまり自宅に帰らず、仕事とよそのうちのお子さんの野球の監督をやっていた。そういった話をされてきました。そして10年、20年経って40代後半に肺がんという診断を経て、治療中に娘さんが出て行くという話をされて、がんというのは何がしか自分の人生を必ず振り返らせる大きなイベントとして、機会としてよく捉えられますけれども、この方もご多分に漏れず、やはり自分の人生は何だったんだろうということを考える機会になって、その時に呼吸苦発作を何度も起こされたという方でした。

時間が限られているということが一番大きなドライブになったのではないかと思いますけれども、奥様と長女の方が一生懸命奔走されて、結婚式が整ってその直後に亡くなられたんですけれども、奥様の話では身体の面の症状緩和は比較的うまく行っていたし、心を入れる一番大きな器は身体ですから、身体の症状緩和ができるはずスタートラインに立ってますし、次に心を入れる大きな器というと脳ですから、脳の症状であるパニック発作、うつ状態これも緩和できた。もう少し大きな高い視点で心の安定化という面で見ると、介護とお金の問題です。この方はやはりお子さんがいらっしゃるということで、お金の面が奥様としては非常に心配なところがある。こういう身体、それから脳、それから経済、介護の負担、そういったものがクリアされて初めて、心理社会的な親子の和解の問題ですとか、スピリチュアルな人生の振り返り、こういった問題が扱えると。奥様に言わせると、あれだけ悪いお父さんも最期は帳尻を合わせて旅立っていったし、娘も巣立っていった。でもこれから私の人生、障害を抱えた子どもとどういうふうにやっていけばいいのかということをお話をされた時、ちょっと20代の研修医には荷の重い領域の仕事があるんだなと。こういう将来の見通しというのは、呼吸器内科の肺がんを診断した医師は、少なくとも診断時には恐らく見えていたはずなのに、これは何も手当てが出来ないような非常に深く、また他職種が最初から懸命になってプランを立てない限り、なかなか難しい領域があるんだというふうに思いました。

患者ご家族と一緒に見通しを立て直すためには、それぞれの見通しの立て方、違うと思います。先



日本における終末期のQuality of Life評価

対象 4都道府県の無作為抽出した一般人口 2548名、12緩和ケア病棟の連続 513名

共通性が高いQOLの要素			
身体的・心理的苦痛がないこと	望んだ場所で過ごすこと	医療スタッフとの良好な関係	希望をもって生きること
他者の負担にならないこと	家族との良好な関係	自立していること	落ち着いた環境で過ごすこと
人として尊重されること	人生を全うしたと感じられること	役割を果たせること	死を意識しないで済むこと
自然な形で死んでいくこと	他人に感謝し、心の準備ができること		
共通性が低いQOLの要素			
納得するまでがんと闘うこと	自尊心を保つこと	残された時間を知り、準備をすること	信仰を持つこと

程の肺がんの患者さんですと、限られた時間の中で一番大きなテーマは親子の和解、家族との和解、それが大きなテーマだったでしょうから、それが達成できるようながん医療、緩和ケアを提供するというのがこちら側の医療者の仕事でしょうし、色んな双眼鏡があります。尖閣諸島で頑張っておられる海上保安庁の船長はまた違う見え方しているでしょうし、若い女性には若い女性なりの最期の見通しがあるでしょうし、色んな見通しがあるかと思えます。

その限られた時間の見通しをどういうふうと一緒に立て直すかという時に、単なる延命というのはあまり大きな割合を占めませんので、どういうクオリティーオブライフを望まれるかということを一一般人口2500名、そしてご遺族500名の方々にご協力いただいて、こういうふうに通りに時間を過ごしたいと、上が比較的日本人に共通している8割、9割の方々が見望む。下のほうはそれほどでもない。特に人の負担にならず、死を意識しないで過ごすというのが日本人は非常に多く、普段どおりの生活を続ける。死ぬ瞬間まで

役割を果たしたいという方は非常に多くおられます。人に感謝し、自然な形で人生を全うした人として尊重される。家族との良好な関係。落ち着いた環境で過ごす。希望を持って、医療スタッフとも良好な関係、望んだ場所で。海外ではよく出てくる、残された時間を死ぬ準備をする、信仰を持つことというのはほとんどありません。死と正面から向き合って、ゆうほんを書いたりするようなカルチャーは、これから団塊の世代の方ががん年齢に突入しますので、こういった価値観も上に上がってくるかもしれません。ただ信仰を持つというのはいまだにあまり経験がないもので、少ないのではないのではないかと思います。

がん、もしくは死に向かう再発進行がん、こういう時間が限られているという悪い知らせを伝えられた後の見通しの立て直し方。従来はがん細胞を取るだけが見通しであったわけですが、がんが治らない、治りにくいという時点で、やはり担当医と看護師さん、その他多職種の方々を意識を前倒しにして関わっていくということが、今後のがんを伝えて医療を進めていくという時代には、ヒットしているのではないのでしょうか。

緩和ケア病棟は90年代から増えてきましたけれども、緩和ケアチームは2002年、10年ぐらい、だいたい身体の緩和ケア、痛み中心の緩和ケアが一通り行き渡り始めると、だいたい10年して今度は心のケアの必要性が海外でも日本でも言われていますので、緩和ケアチームである意味、がんと診断された直後からの心のケアを非常に重視したものになるのではないかなというふうに思っています。

早期緩和ケアと標準的ケア

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alana Mustian, M.A.  
N Engl J Med 2010; 363: 169-76  
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society

【対象】転移のある肺がん(=治療しない予後1年未満)と、過去6週間に新規に診断された患者

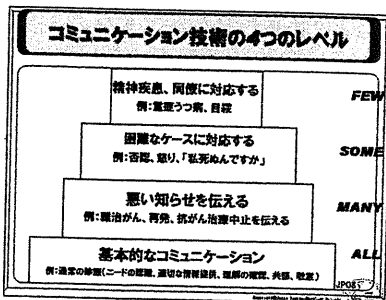
【実験群】エントリー後3週間以内に緩和ケア専門医 + advanced practice Ns による介入I/W. ガイドラインに基づく緩和ケアだが、特に以下の点に注意が払われた。

- 1) 身体的・心理社会的症状評価
- 2) ケアのゴールを確立する
- 3) 治療に関する意思決定を援助する
- 4) 患者の個別ニーズに基づいたケアのコーディネーション

【対照群】標準的ケア

これは昨年のニューイングランドジャーナルという雑誌に早期の緩和ケアと従来の標準的ケアでどういうふうな結果が違うんだらうかと。対象は1年未満の肺がんの方々で、診断された直後から緩和ケア専門医とナースが全員に関わる。対照群は依頼があったときだけ関わると。何をしていたかということ、身体的・心理社会的症状評価。身体、心の痛みを評価して、対応する。そしてケアのゴール、治療に関する意思決定を援助する。患者の個別ニーズに基づいたケアのコーディネーション。個別ゴールと違ってありますけれども、これは先程の結局肺がんは全例、亡くなりますので、1年前後で。どういうふう

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を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。



**基本的なコミュニケーション技術**

【コミュニケーションの準備】

- 身だしなみを整える
- 座る位置に配慮する

【話を聴くスキル】

- 目や顔を見る
- 相槌を打つ

【質問するスキル】

- 開かれた質問: この一週間いかがお過ごしでしたか?
- (閉じられた質問: 痛みはありますか? はい/いいえ)

JPOS

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。基本的な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、通常患者さんとの対話でのコミュニケーションですけれど、書けばこれだけなんですけれども、ニードの認識、ニードに応じた情報提供、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書けれども、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

**基本的なコミュニケーション技術—続き**

【共感するスキル】 = 共感 → 承認 → 探索

- 共感
  - 患者の気持ちを繰り返す
    - 例: (沈黙)...死にたいくらい辛いんですね
  - 沈黙(5-10秒)を積極的に使う
    - 例: 患者が目を上げ、発言するのを待つ
- 承認
  - 患者の気持ちはもっともなことだと正当性を承認する
    - 例: このような症状の中でお仕事をされてさぞやっぴりかったですよ。皆さん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。
- 探索
  - 患者の気持ちや気がかりを探索し理解する
    - 例: 心配を覚えていただけませんか?

JPOS

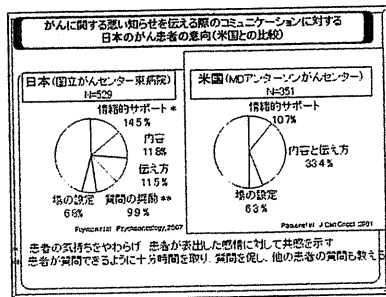
自分のがんが非常に重いのか軽いのかを素人の立場から判断するようです。ですので、想像以上に身だしなみ、座る位置、患者の目や顔を見て、患者の感情の表れる大半は目もとに現れますので、そこを見ているかどうかというのは患者さんの安心に大きくつながります。

共感するスキル、これは第一段階に入れていますけれども、これができたら大半の患者さんはいま行くんじゃないかと思えるようなスキルであります。患者さんの気持ちを繰り返す。「死にたいくらい辛いんですね。」ここ、沈黙を置くというのが非常に難しいんですけども、患者さんが目を上げて発言するのを待つと。多くの人は頭の中に一石を投げられるとしばらく波紋が立ちますので、その波紋が取まるまでは次の医師の言葉が入りませんから、それが待てるかどうかというのが非常に重要です。多くの

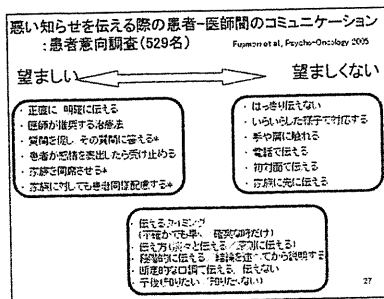
場合が、その間を嫌って、医療者が次から次に、矢継ぎ早に情報を入れようとするんですけども、その波紋が静まりませんので、なかなか頭に入っていない。色々、コミュニケーションの研修会などをやってみますとなかなか待てないですね。「この時間が耐えられない。」と言われます。関東でもだいたい1秒、2秒ですね。それはもうこちら側の間であって、患者さんが思っている間というのはやっぱり、患者さんが表情を、顔を上げて医療者を見るまでというのが一番正しい間の取り方だろうと思いますので、是非一度、これは忍耐が必要ですが是非やってみてください。

その次に、共感の次が承認です。もっともだ。「このような症状の中で、お仕事をされてさぞ辛かったですよ。」「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。」

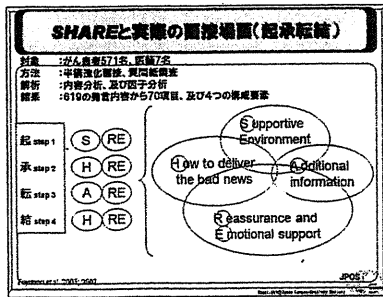
最後に探索。「どんなご心配か教えていただけませんか。」この、共感、承認、探索の順番の最初の重要なステップが沈黙です。これがうまく行かないのが、よく相談を受けるんですけども、「俺、大丈夫かな。」「俺もう死ぬんじゃないかな。」「この薬やってたら、抗がん剤で命とられるんじゃないか。」というようなドキッとするような言葉を、ふいにこちらに投げかけられると、汗をジワッとかいて、即座に「どうしてそう思われるんですか。今、緩和ケアで痛みを取ってQOLを大事にして…」何でもかんでもってマシンガントークでちょっとこちらが相手をコントロールしようと頑張ります。コントロールしないといけないのは本来、自分の感情、緊張感、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、「今の身体のだるさでそう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ろし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ュ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んだろうな。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ことと同時に「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ないほど、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



**思い知らせる伝えるコミュニケーション技術(SHARE-CST)**

SHAREや転結別に 伝えたいもの

起	<ul style="list-style-type: none"> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> <li>「病状を伝える」</li> </ul>
承	<ul style="list-style-type: none"> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> <li>「思い知らせる伝える」</li> </ul>
転	<ul style="list-style-type: none"> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> </ul>
結	<ul style="list-style-type: none"> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> <li>「転結を促す」</li> </ul>

が「家族に先に伝えなくて欲しい。」「手や肩に触れなくて欲しい。」「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、顔もそうですけれど、「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隔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、それは不安をあおって追い返すことになりますので、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ところ、むしろカウンセリングの基本を求めているんだということから、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時間来ていただくと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ロジ学会の協力を得て、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。

研修会では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たい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、僕らは見ました。」

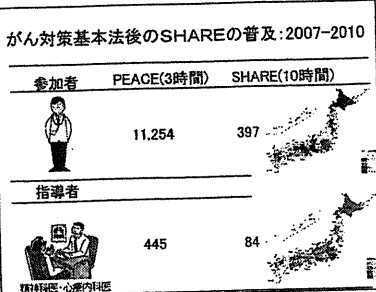
「病状の経過だけではなくて、やっぱり気持ちに配慮するという返し方というのがやっぱり効果的で、今後厳しい話をしていけないといけない中での前置きになっているのではないかと思います。」(動画終わり)

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で、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、その時どういう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、だいたいの場合はいまうまく行きます。そういった時のプロセスで苦しみ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、仕事の中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**  
山崎内蔵 サイコソフィア 1997

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、それらを支持・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。苦しみがいまに理解されつづくと伝わったとき、治療となる。

**精神療法の基本** 松木利雄 精神科医 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(仕事では気分屋を封印する)
- 受容的傾聴にもちこたえる
  - 話をささげらず必死に耐える
- 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	がんを抱えたと多くの人に一瞬、自殺がよぎります。特に、こんな絶望的なときには。	患者はみんなそうなんだ、自分だけ特別なものではないんだ。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了解可能な怒りなのか、行き場のない怒りが目の前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 訪差を避けたり、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 まずは共感的対応をとる。  
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えがちなもので、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、不安、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れども。若い頃は意外とよく聞けたんですけれども、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れども、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、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な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ので、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ましたか。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。

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。本来どこを責めていいかわからない怒り。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。でも医療者はとに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れども、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が、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けれども、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



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言っているんです。

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。)

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	(同会) 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う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 まさし  
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えます。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えます。

#### 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ません。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います。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えます。

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っ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っ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ところもあると思えます。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。といい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って、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っ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。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て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いけないし、場合によっては手術にもっていかなくてはいけない。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しょうが、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はどうできるのでしょうか。

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



うちいみ りょうすけ  
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か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うのです。

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るような人だと，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担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担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バゼピン、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います。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いますから、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

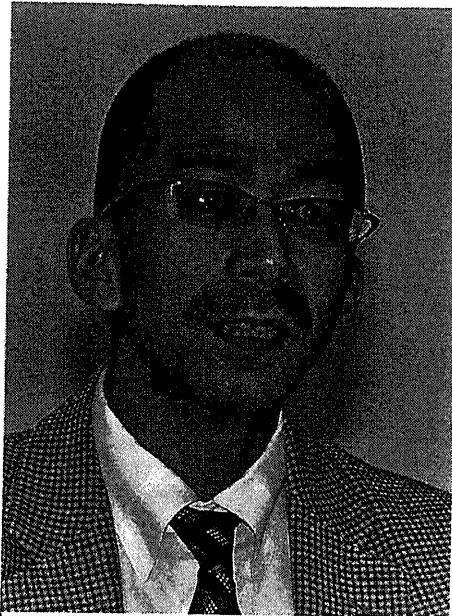
秋田大学精神科学分野教授。昭和52年大阪大学医学部卒業。昭和58年秋田大学医学部助手、講師、助教授を経て平成10年より現職。日本睡眠学会理事長。

**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らないです。

### 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いただきたいと思います。



はった こうたろう  
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。兼本先生のてんかんと似ていますが，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。それが睡眠とてんかんをもつば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て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が，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て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労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との合併がかなり多い。うつと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ふ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次性のものと、2次性のものがある。ひきこもった結果、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ですが、国家試験に精神科が入った理由の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です。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きますが、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っ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というの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っていますか。

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っています。リタリン処方はそのごく減っています。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りまして、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う。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った睡眠時無呼吸(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で終わってしまい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でも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です。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っています。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った非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ったですが、これがかなり治るようになりましたね。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ば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というように、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医がいらっしゃらないとき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一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段階構えということなんです。

**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はありますか。

**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