

そこで、これらの身体症状によるうつ病評価の混乱をさけるために、これまでもさまざまな診断基準が考案され、有用性の検討が行われてきた、しかし、個々の症状についての原因は問わず、あてはまる症状が存在した場合は診断項目に数える、すなわちうつ病を過小評価せず見逃しを減らすことのほうが重要であるというのが、現在の考え方になっている。

表1 うつ病の診断基準

-
- ① 抑うつ気分：気分が沈むあるいはすぐれない日が毎日のように続く。
 - ② 意欲・興味の低下：今まで普通にできていたことがおっくうで、やる気がでない。
 - ③ 自責感：周囲の人に迷惑をかけているのではないかと悩む。
 - ④ 焦燥感または制止：イライラして落ち着かない。考えが前に進まない。
 - ⑤ 倦怠感：いつも疲れを感じている。疲れやすい。
 - ⑥ 集中力低下・決断困難：集中力が続かない。決断ができなくなる。
 - ⑦ 食欲低下：食欲がない。食べてもおいしくない。
 - ⑧ 不眠：寝付けない。途中で目が覚めて眠れない。朝早くに目が覚める。
 - ⑨ 自殺念慮：生きていても仕方がないと考える。
-

3. うつ病の成因

3.1. 脆弱性-ストレスモデルについて

本モデルは、精神障害の発症を考える上で提唱されているひとつのモデルである。従来から精神障害の成因は、身体的原因と精神的原因とに大きく分けられていた。身体的原因は、さらに、その原因や病態が脳の機能的器質的障害による外因性のものと、原因が十分に明らかにはなっていないものの、遺伝素因やなんらかの身体的基礎の関与が考えられる内因性へと分けられ、一方、精神的原因は心因性ともいわれ、心理的・環境的要因により発症するものとされていた。こうした精神障害の成因別の分類は、臨床的に理解しやすいため、長年わが国で用いられてきた。しかし近年、精神障害の発現には、上記の成因が複雑に関与しており、必ずしも明瞭に区分できるものではない、すなわち、ほとんどの精神障害はさまざまな要素が重なり合って引き起こされるものであり、遺伝と環境的要素の両方がその発症に影響するという、「脆弱性-ストレスモデル」の考え方が受け入れられるようになった。

「脆弱性-ストレスモデル」を提唱したのは Zubin ら¹⁾で、Zubin らは統合失調症について、統合失調症が誰にでも等しく起こりうる事象ではなく、個体により脆弱性の違いがあり、その個人差ごとに十分な強度のストレスが加わって発病すると考えた。「脆弱性」とは、個体に備わっている罹患しやすさ、あるいは発病準備性のことで、19世紀からすでにその記述は認められていた。しかし、それまでクレペリン主義（統合失調症とは明らかな外的誘因なしに発病する

疾患である）が支配的であった統合失調症の疾患論において、脆弱性を病態論の中核に位置づけた点で、Zubin らは20世紀後半を代表する仮説の生みの親ともいわれている。

このモデルによると、遺伝や脳の構造、脳内物質などの身体的要素は確かに精神障害を発症させる上で関連があるが、それはただ「脆弱性」すなわち「より発症させやすい性質」を作り上げるだけで、そのみで精神障害を発症させることはほとんどないと考える。したがって、最初は統合失調症の発症に関するモデルとして提唱されたが、現在ではほとんどの精神障害において、その発症にあたってこのモデルが適用されるようになっている。

例えば、躁うつ病は遺伝的要素が高く、遺伝率は89%という報告がある²⁾。しかし、もし躁うつ病の原因が遺伝（素因）のみだとすると、たとえば一卵性双生児での一致率は100%になるはずだが、実際はそうではない。つまり、躁うつ病を引き起こしやすいという性質は持っていますが、必ず発症するわけではなく、そこに環境的な要素が関与していると考えられている。逆に、環境的要素が強い精神障害として、外傷後ストレス障害（PTSD）がある。これは、著しく脅威的な、あるいは破局的な性質を持った、ストレスの多い出来事あるいは状況に対する反応として生じるものであるが、同じ出来事を体験したからといって、すべての人がPTSDを発症するわけではない。そこには個人の素因、すなわち脆弱性が関与してくることになる。

こうした中、うつ病に関して、5つの研究のメタ分析を行った Sullivan ら³⁾の報告によると、その遺伝率は37%とされている。すなわち、うつ病は家族集積性を認める疾患ではあるが、その発症に環境要因が与える影響も大きく、うつ病の発症を考えるにあたっては、遺伝要因すなわち脆弱性と環境要因とを複合的に考える必要があるといえる。

3.2. 遺伝素因

上述したように、これまでにうつ病の発症における遺伝的ならびに家族的要因の重要性を示す多くの報告が出されている。

家系研究においては、ある大規模研究によると、うつ病を認めた近親者の割合が対照群で7%であったのに対し、うつ病では20%であったと報告されている⁴⁾。

双生児研究でも、双生児の一人がうつ病を罹患した場合、もう一人もうつ病を発症する危険性は二卵性よりも一卵性のほうが2~4倍高いという報告があるなど⁵⁾、遺伝的要因がうつ病の原因のひとつであることが示唆されている。

養子研究では、養子がうつ病に罹患している場合、その生物学的近親者におけるうつ病の頻度は有意に高かったが、養子先の親族ではその頻度は高くなかったという報告があり⁶⁾、こうした見解からもうつ病の遺伝的要素の関与が疑われている。

3.3. 性格要因について

ある性格傾向の人にうつ病発症の頻度が高いことは以前

よりよく知られている。わが国では下田⁷⁾が、躁うつ病の病前性格として「熱中性、徹底性、几帳面、真面目、強い責任感」などを特徴とする執着気質を提唱した。中でも、うつ病者は「几帳面、真面目、強い責任感」がより重要と考えた。この執着性格とうつ病との関係について下田は、ある期間の過労事情（誘因）によって睡眠障害、疲労性亢進をはじめとする各種の神経衰弱症状が起こると、正常者では情緒興奮減退、活動欲消失が起こっておのずから休養状態に入るのに、執着性格者では休養生活に入ることが妨げられ、疲憊に抵抗して活動を続け、ますます過労に陥り、その疲憊の頂点においてかなり突然に抑うつ症候群を発するものと説明している。

海外では、ドイツのテレンバッハ⁸⁾が、うつ病とメラニコリー親和型性格との関連を提唱した。これは、仕事上での正確性、綿密性、勤勉性、良心的で責任感が強く、対人関係では他人との衝突を避け他人に尽くそうとするなど、秩序性を基本とする性格傾向であり、うつ病はこうした傾向を保持することが困難な状況下で発症するというものである。

一方、回復した患者においても、受動性、対人依存性、低い感情安定性などが再発の危険性を増すという報告がなされている⁹⁾。

3.4. 心理・社会的要因

状況要因あるいは心理・社会的要因もうつ病の発症誘因として非常に重要である。実際、強いストレスやネガティブな要素を持つ出来事（死別、倒産、失職、近隣との人間関係など）とうつ病発症との関係については多くの研究報告がなされている。これまでの報告で、うつ病発症の危険性を高めると示唆されている状況要因あるいは心理・社会的要因を表2にまとめた。これらの出来事の中でも、特に

表2 うつ病発症における危険因子

一般集団
離婚または別離 ¹⁰⁾
配偶者の死 ¹¹⁾
うつ病の既往 ¹²⁾
家族歴 ¹³⁾
人生における大きなストレスフルな出来事 ¹⁴⁾
薬物乱用 ¹⁵⁾
社会的孤立 ¹⁶⁾
11歳以前の母親の喪失 ¹⁷⁾
社会的支援体制の変化 ¹⁸⁾
女性
低い教育水準 ¹⁹⁾
不安定な婚姻状況 ¹⁹⁾
分娩後 ²⁰⁾
男性
対人関係の変化 ²¹⁾

別離や死別といった喪失体験は、うつ病発症に大きな影響を及ぼすといわれている。

とりわけ、はじめてのうつ病エピソードは、こうした強いストレスを伴う出来事が誘因となることが多い²²⁾。そして、初回エピソードに関与したストレスにより、脳内の生物学的特性が長期的に変化し、それが積み重なっていくと、最終的には特に強いストレス要因がなくとも、その後のうつ病発症の危険性を増大させると考えられている。

一方、これらの状況要因によって引き起こされるうつ病の中には、名前が付けられているものがある。たとえば、転居の際に発症した“引っ越しうつ病”、過重な責任や負担から解き放たれた時に生じる“荷降ろしうつ病”、昇進により職務内容や立場が変わり、責任が重くなったことによつて生じる“昇進うつ病”などである。

3.5. 脳の神経科学的变化

従来より、脳内におけるノルアドレナリンやセロトニンなどのアミンといわれる神経伝達物質の作用が低下しているというアミン代謝障害仮説（モノアミン仮説）がうつ病の原因として提唱されてきた。それは、これらアミンを枯渇させる作用のある降圧薬のレセルピンがうつ病を引き起こし、一方でシナプス間隙で神経伝達物質の濃度を増加させる薬物（抗うつ薬）がうつ病に特異的な効果を持つといった臨床的な事実を背景としている。また、うつ病者の髄液中のセロトニン代謝産物である5ヒドロキシインドール酸が低値を示す傾向にあることや、うつ病自殺者の脳内セロトニンおよび5ヒドロキシインドール酸が低値を示す傾向にあることなどが報告され、うつ病のモノアミン仮説を支持してきた。しかしその後、モノアミンの欠乏だけでは説明がつかないことが指摘されるようになってきた。

別な仮説として、脳内の神経細胞のシナプス後膜に存在する受容体（脳内伝達物質を受け取る場所。ここで物質を受け取ると、あるタンパク質を作る反応が起き、神経単位に変化が起きる）の感受性が高くなっているためうつ状態になるという受容体感受性亢進仮説が提唱された。この仮説は、ある抗うつ薬の慢性投与によって、ノルアドレナリンβ受容体の感受性低下が生じることが明らかになったことから立てられたものである。しかし、抗うつ薬のすべてに受容体の数を低下させる作用があるわけではないという報告がなされ、矛盾も指摘されるようになった。

近年では、神経細胞内のシグナル伝達経路に関する研究が進められている。抗うつ薬慢性投与が、神経細胞内のCREB (cAMP response element binding protein) というタンパク質のリン酸化を亢進させ、BDNF (brain-derived neurotrophic factor) という脳由来神経栄養因子の発現を亢進させているという報告があるなど^{23, 24)}、うつ病の発症にBDNFが関与しているとの指摘がなされるようになってきている（ストレスによる神経細胞障害仮説²⁵⁾）。最近、うつ病患者と非うつ病患者における血清BDNF値の差異を検討した11研究 (n = 748)、抗うつ薬による治療前後の血清BDNF値を比較した

8 試験 (n = 220) を対象としたメタアナリシスが実施された。その結果、うつ病患者群では BDNF が健常コントロール群と比較して低値であるという強力なエビデンスが示された ($p < 6.8 \times 10^{-8}$)。同様に、第 2 のメタアナリシスにより抗うつ薬治療後に BDNF 値が有意に高くなることが示された ($p = 0.003$)。第 1 のメタアナリシス ($p = 0.376$) あるいは第 2 のメタアナリシス ($p = 0.571$) のいずれにおいても出版バイアスのエビデンスは存在せず、どちらのメタアナリシスにも一研究から過重な影響を受けたというエビデンスはみられなかった。以上の知見から、うつ病を有する患者では、血清 BDNF 値の異常な低値がみられること、ならびに抗うつ薬治療の経過に伴って BDNF 値の上昇がみられることが強く示唆され、BDNF の測定は精神障害のバイオマーカーとして、あるいは抗うつ薬の有効性の予測因子として利用できる可能性が指摘されている²⁶⁾。

以上、うつ病発症に関与すると考えられている脳の神経科学的变化に関するこれまでの知見を述べてきたが、うつ病発症における「脆弱性」については未だ十分に明らかになっているわけではなく、依然として研究途上の段階と評価される。

4. うつ病における脳機能

近年の脳機能研究の飛躍的な進歩により、うつ病の病態に関する脳科学研究が盛んに行われ、報告されるようになってきた。ここでは、うつ病に関する脳機能画像研究と脳血流研究に関する最近の知見を述べる。

4.1. 脳機能画像

うつ病に対する脳機能画像研究は数多く行われてきており、PET, SPECT, fMRI 研究などにより、前頭前野背外側領域においても前頭前野内側領域においても脳血流や糖代謝の異常がみられるという²⁷⁾、比較的一致した見解が得られている。

MRI 研究に関しても多くの報告があり、1996 年に Sheline ら²⁸⁾ は MRI を用いて反復性うつ病の海馬体積を測定し、対照群と比較して左右の海馬ともに有意に減少していること、この萎縮の程度がうつ病エピソードの回数と相関していることを報告した。その後、うつ病の海馬萎縮を示唆する報告が相次いだ。一方でこれを否定する報告もいくつか出された。こうした流れの中、米国 NIMH を中心とした共同研究²⁹⁾ が行われ、幼少時期の心的外傷体験の有無によりうつ病患者を 2 群に分けて海馬体積を比較した結果、体験有り群の左側海馬体積が有意に減少していることが実証され、幼少時期の心的外傷体験が海馬萎縮と密接な関係があり、これが大うつ病の発症脆弱性にも関連する可能性が報告された。

また、Okada ら³⁰⁾ は機能的 MRI (fMRI) による語流暢性賦活課題を用いた検討をうつ病患者と健常者で比較した結果、うつ病患者では左前頭前野のブロードマン 46 野の活動低下を認めた。さらに Ueda ら³¹⁾ は、快・不快の予測課

題を健常者で検討し、快の予測は左前頭前野が、不快の予測は右前頭前野および前部帯状回が有意に活動していることを明らかにしたうえで、うつ病患者と比較検討したところ、うつ病では快予測に関与する左前頭前野の活動が低下していたのに対し、不快予測に関与する右前頭前野、前部帯状回の活動は亢進しており、不快予測が優位な状態となっているため悲観的思考になることを示唆している。

このように、さまざまな観点から脳機能画像解析を積み重ねることは、うつ病の病態解明において重要と思われる。今後のさらなる展開が期待されている。

4.2. 脳血流

その簡便性や時間分解能の高さ、侵襲性の低さなどから、近赤外線分光鏡 (near-infrared spectroscopy: NIRS) は近年、精神医学領域のさまざまな疾患に対する新しい脳機能評価法として注目されるようになってきている。

うつ病に対する NIRS 研究においては、課題遂行中の前頭部の酸素化ヘモグロビン (Oxy-Hb) の増大が健常者に比べて少ない、という同様の結果がいくつかの研究で報告されている³²⁻³⁴⁾。さらに最近では、同じうつ状態でもうつ病と躁うつ病とでは NIRS 波形が異なることから両者を鑑別できるのではないかと、また NIRS を用いることで自殺やうつ病の重症度が客観的に分かり早期に介入できるのではないかと、といった研究や報告が行われるようになってきている。

このように、NIRS はうつ病の病態解明の一手段としてだけでなく、客観的な臨床指標として利用できる可能性が示唆されており、今後のさらなる発展性が期待できる脳機能評価法といえる。

5. おわりに

今回、うつ病の発症メカニズムについて、「脆弱性-ストレスモデル」を基本に、状況要因あるいは心理・社会的要因と、脳の神経科学的变化について述べるとともに、近年注目されてきている脳機能画像研究や脳血流研究についても若干触れた。うつ病は自殺との関連もあり、近年非常に注目されてきている。さらに、脳科学研究の進歩により、うつ病について多くのことが分かってきている。しかし、多くの可能性や仮説は出されているものの、その病態や発症メカニズムについては依然として未知の部分が多い。うつ病に苦しむ多くの人々が救われるよう、またうつ病の予防や早期発見が可能となるよう、今後も本領域の研究が発展していくことを期待したい。

参考文献

- 1) Zubin, J. and Spring, B.: Vulnerability - a new view of schizophrenia, *J. Abnorm. Psychol.*, 86, 103-126, (1977).
- 2) McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., et al.: The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, 497-502,

- (2003).
- 3) Sullivan, P.F., Neale, M.C. and Kendler, K.S.: Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis, *Am. J. Psychiatry*, 157, 1552-1562, (2000).
 - 4) Gershon, E.S., Hamovit, J., Guroff, J.J., et al.: A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands, *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1157-1167, (1982).
 - 5) Mendlewicz, J.D.: Population and family studies in depression and mania, *Br. J. Psychiatry*, 153 (suppl 3), 16-25, (1988).
 - 6) Mendlewicz, J. and Rainer, J.: Adoption study supporting genetics transmission in manic- depressive illness, *Nature*, 268, 327-329, (1977).
 - 7) 下田光造：躁うつ病の病前性格について, *精神神経学雑誌*, 45, 101-102, (1941).
 - 8) Tellenbach, H.: *Melancholie*, Berlin, Springer, (1976).
 - 9) Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Clayton, P.J., et al.: Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurement, *Am. J. Psychiatry*, 140, 695-699, (1983).
 - 10) Bruce, M.L. and Kim, K.M.: Differences in the effects of divorce on major depression in men and women, *Am. J. Psychiatry*, 149, 914-917, (1992).
 - 11) Bebbington, P.: Marital status and depression: a study of English national admission statistics, *Acta. Psychiatr. Scand.*, 75, 640-650, (1987).
 - 12) Keller, M.B., Lavori, P.W., Rice, J., et al.: The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up, *Am. J. Psychiatry*, 143, 24-28, (1986).
 - 13) Romanoski, A.J., Folstein, M.F., Nestadt, D., et al.: The epidemiology of psychiatrist- ascertained depression and DSM-III depressive disorders: results from the Eastern Baltimore Mental Health Survey clinical reappraisal, *Psychol. Med.*, 22, 629-655, (1992).
 - 14) Paykel, E.S.: Life events, social support and depression, *Acta. Psychiatr. Scand.*, suppl. 377, 50-58, (1994).
 - 15) Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *JAMA*, 264, 2511-2518, (1990).
 - 16) Kaplan, G.A., Roberts, R.E., Camacho, T.C., et al.: Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory studies, *Am J. Epidemiol.*, 125, 206-220, (1987).
 - 17) Brown, G.W. and Harris, T.: *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York, Free Press, (1978).
 - 18) Beeber, L.S.: The relationship of self-esteem, social support and depressive symptoms in women, *Dissertation Abstracts International*, 49, 3428-B- 3429-B, (1989).
 - 19) Weissman, M.M. and Myers, J.K.: Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community, *Acta. Psychiatr. Scand.*, 57, 219-231, (1978).
 - 20) Wisner, K.L. and Wheeler, S.B.: Prevention of recurrent postpartum major depression, *Hosp. Community Psychiatry*, 45, 1191-1196, (1994).
 - 21) Williamson, M.T.: Sex differences in depressive symptoms among adult family medicine patients, *J. Fam. Pract.*, 25, 591-594, (1987).
 - 22) Ezquiaga, E., Ayuso Gutierrez, J.L. and Garcia Lopez, A.: Psychosocial factors and episode number in depression, *Affect. Disord*, 12, 135-138, (1987).
 - 23) Hashimoto, K., Shimizu, E. and Iyo, M.: Clinical role of brain-derived neurotropic factor in mood disorders, *Brain Res. Brain Res. Rev.*, 45, 104-114, (2004).
 - 24) 橋本謙二：うつ病と脳由来神経栄養因子 (BDNF), *日薬理誌*, 127, 201-204, (2006).
 - 25) Manji, H.K., Drevets, W.C. and Charney, D.S.: The cellular neurobiology of depression, *Nature Med.*, 7, 541-547, (2001).
 - 26) Sen, S., Duman, R. and Sanacora, G.: Serum brain-derived neurotropic factor, depression, and antidepressant medications: meta-analyses and implications, *Biol. Psychiatry*, 64, 527-532, (2008).
 - 27) Drevets, W.C.: Neuroimaging studies of mood disorders, *Biol. Psychiatry*, 48, 813-829, (2000).
 - 28) Sheline, Y.I., Wang, P.W., Gado, M.H., et al.: Hippocampal atrophy in recurrent major Depression, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 93, 3908-3913, (1996).
 - 29) Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., et al.: Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression, *Am. J. Psychiatry*, 159, 2072-2080, (2002).
 - 30) Okada, G., Okamoto, Y., Morinobu, S., et al.: Attenuated left prefrontal activation during a verbal fluency task in patients with depression, *Neuropsychobiology*, 47, 21-26, (2003).
 - 31) Ueda, K., Okamoto, Y., Okada, G., et al., Brain activity during expectancy of emotional stimuli : an fMRI study, *Neuroreport*, 14, 51-55, (2003).
 - 32) Matsuo, K., Kato, N. and Kato, T.: Decreased cerebral haemodynamic response to cognitive and physiological tasks in mood disorders as shown by near-infrared spectroscopy, *Psychol. Med.*, 32, 1029-1037, (2002).
 - 33) Matsuo, K., Kato, T., Fukuda, M., et al.: Alteration of hemoglobin oxygenation in the frontal region in elderly depressed patients as measured by near-infrared spectroscopy, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 12, 465-471, (2000).
 - 34) Suto, T., Fukuda, M., Ito, M., et al.: Multichannel near-infrared spectroscopy in depression and schizophrenia: cognitive brain activation study, *Biol. Psychiatry*, 55, 501-511, (2004).



岡村 仁 (おかむら ひとし)

1991年広島大学大学院医学系研究科修了。同年医学博士。中国労災病院，広島市民病院，国立呉病院，国立がんセンター中央病院を経て，1998年より国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部室長。2000年より広島大学医学部保健学科教授。2004年より現職の広島大学大学院保健学研究科教授。専門は精神医学，精神腫瘍学，精神障害リハビリテーション学。日本精神神経学会，日本サイコオンコロジー学会，日本総合病院精神医学会，日本老年精神医学会などの会員。

特集「外来精神医療と緩和ケア」



岡村 仁 ● 略歴

平成3年4月1日

医員広島大学医学部附属病院に採用

平成3年7月1日

中国労災病院(健康診断センター)医師に採用

平成4年10月1日

社会保険広島市民病院(精神科)医師に採用

平成6年4月1日

厚生技官国立呉病院(精神科)医師に採用

平成7年9月1日

国立がんセンター中央病院(神経科)医師に転任

平成10年4月4日

厚生省がん克服10か年戦略平成10年度外国への日本人派遣事業として、米国ニューヨーク市スロンケタリングがんセンター記念病院(精神科)にて1ヵ月間研修

平成10年7月1日

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部緩和ケア研究室長に昇任

平成12年4月1日

文部教官広島大学教授(医学部)に転任

平成16年4月1日

広島大学教授(大学院保健学研究科)に配置換

平成20年4月1日

広島大学大学院保健学研究科副研究科長

平成21年2月1日

広島大学大学院保健学研究科附属先駆的リハビリテーション実践支援センターセンター長

特 集

「がん患者にみられる精神症状とその対応」

岡村 仁 (広島大学大学院保健学研究科)

はじめに

情報開示に基づいた医療が推進される中、がん医療においてもインフォームド・コンセントという考え方が理解され、医療現場でそれが誠実に実践されることが求められるようになってきている。しかし情報開示を行った際、特に悪い知らせを伝えた後には、落胆、孤立感、疎外感、絶望などの通常の心理的な反応から、専門的な対応が必要な精神的負担がみられることがあり、医療者は常に患者の心理状態に留意しておく必要がある。がんの経過の中で、がん患者にみられる、専門的な対応が必要とされる精神的負担の代表的なものは、適応障害、うつ病、せん妄である。

Derogatis ら¹⁾は、米国東部の三つの主要ながんセンターにおける215名の入院・外来患者を対象に面接を実施し、DSM-Ⅲに基づいた精神的問題の有病率を調査した。その結果、32%が適応障害、6%がうつ病、4%がせん妄の診断基準を満たしたと報告している(図1)。またわが国における、がん患者を対象とした(特に情報開示後の)適応障害と

うつ病の有病率に関する調査でも、適応障害が8～35%に、うつ病が1～9%に認められている。

これらの精神的負担はいずれも患者の quality of life (QOL) を低下させ、がん治療の妨げとなることから、適切に診断し治療することが必要と考えられている。以下、これら3つの精神的負担について概説する。

I. 適応障害

1. 診断

前述したように、がん患者が呈する精神的負担の中で最も頻度の高いものであるが、適応障害のみを対象にした研究や報告は少ない。その原因のひとつとして、適応障害の診断そのものの問題が考えられる。診断基準によると、適応障害とは、心理・社会的ストレスに関連して起こる不安・抑うつなどの反応や行為の障害(年齢相応の規範・基準からの逸脱)である。予想されるより反応の程度が強いか、または日常生活から社会活動に及ぶ社会的機能に支障をきたす時に用いられる診断で、正常反応

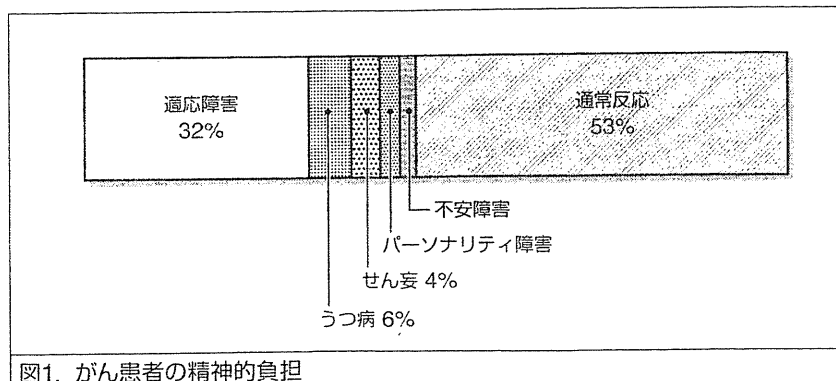


図1. がん患者の精神的負担

特集「外来精神医療と緩和ケア」

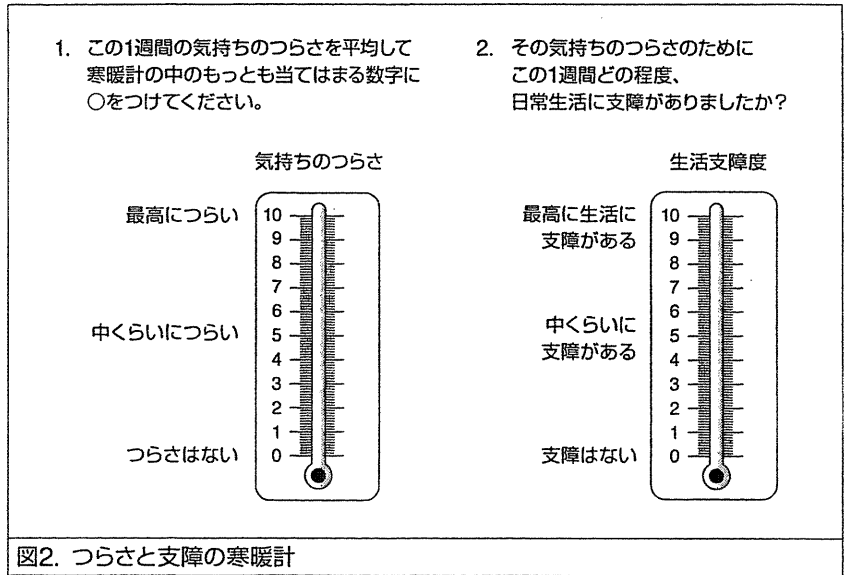
との厳密な区分はなく連続的なものであるとされる。したがって、その基準はあいまいであり、気分の障害ではあるが、うつ病をはじめとする他の診断がつかない時の“ごみ箱的診断”として使用されがちである。しかし一方で、そのために特異的な精神疾患として取り上げにくい様々な精神症状を拾い上げることができるという利点もある。

2. 原因

医学上の問題によって生じる適応障害として、第一に不十分な痛みのコントロールがあげられる。Derogatisら¹⁾の研究によると、適応障害の診断基準を満たすがん患者は、基準を満たさないがん患者と比較して、より高率に強い痛みを有していた。原因のはっきりしない痛みが持続すると、不安、抑うつ、焦燥感などを容易に引き起こすことも知られている²⁾。患者の痛みをよく理解し、痛みを十分コントロールすることが不安の軽減に役立つ。また痛みと同様にがん患者のQOLに影響を及ぼし、症状緩和が困難とされている呼吸困難感³⁾や倦怠感⁴⁾が存在する場合も、不安や抑うつの原因になると考えられている。

3. スクリーニング

がん患者の適応障害を評価し、適切に対応することが望まれるが、実際には正しく診断され適切な治療を受けている例は少ないといわれている⁵⁾。この原因のひとつとして、医療者による精神症状の見落としが考えられる。精神医療の専門家でない身体科医や看護師にとって、がんの経過の中で軽度の抑うつや不安といった症状を見過ごすのはやむを得ない面もあるが、がん患者の精神症状で最も多い適応障害の診断、治療に関する教育は必要と思われる。適応障害のスクリーニング方法として、最近では「つらさと支障の寒暖計」(図2)がよく用いられている。



原著者らによると、適応障害もしくは次に述べるうつ病と、精神医学的な診断がつかない症例を区別するためのカットオフ値は、つらさの点数が4点以上、かつ支障の点数が3点以上で、感度0.82、特異度0.82であったと報告されている^{6,7)}。

4. 対応

次の「うつ病」と併せて述べる。

Ⅱ. うつ病

1. 診断

がん患者のうつ病診断は難しいといわれている。それは、診断基準に含まれている睡眠障害、食欲不振・体重減少、集中力の低下、倦怠感といった身体症状は、がん自身またはがんの治療によって引き起こされることも多いためである。したがって、こうした身体症状に加えて抑うつ気分か興味・喜びの低下が存在すると診断の必要条件を満たしてしまうため、がんになったのだから、がんの治療を行っているのだからこうした症状があっても当然とみなされ、がん患者のうつ病は過小評価される傾向が強い。

これらの身体症状によるうつ病評価の混乱をさけるためにさまざまな

診断基準が考案され、有用性の検討が行われてきた。しかし、個々の症状についての原因は問わず、あてはまる症状が存在した場合は診断項目に数える、すなわちうつ病を過小評価せず見逃しを減らすことのほうが、臨床的に重要であるというのが現在の考え方である⁸⁾。

2. うつ病診断の重要性

うつ病を的確に評価し、対応することが何故重要か? そのひとつの答えとして、具体的な症例を提示する。

【症例】

72歳、女性。再発乳がんのでフォローを受けていたが、終末期の段階に入り、症状緩和中心のケアが行われ、症状コントロールはますます良好な状態であった。しかし徐々に不眠が出現し持続。さらにしばらくすると、「もう生きていても仕方がない。楽になりたい」という発言が聞かれ、表情も乏しくなってきた。眠剤の投与が行われたが効果なく、上記状態が持続するため精神科に紹介された。診察によりうつ病と考え、少量の抗うつ薬を使用したところ、前述の訴えは消失し、表情も穏やかになっていった。

本症例のように、がん患者、特に終末期のがん患者が希死念慮を訴え

特集「外来精神医療と緩和ケア」

ることは稀ではなく、その半数以上はうつ病の状態であると報告されている⁹⁾。しかも治療を行えばうつ病は改善し、本症例のように希死念慮は消失する可能性があることから、がん患者が早い死を望む場合、うつ病を常に考慮し、患者の意思決定能力を判断することが不可欠といえる。

3. 原因 (危険因子)

これまでの報告によると、がん患者のうつ病の危険因子として、若齢であること、過去の感情障害やアルコール依存の既往、低いソーシャルサポート、悪い身体状況、不十分な疼痛コントロールなどが指摘されている^{1,10)}。

加えて、身体疾患の治療薬のなかに副作用としてうつ病を惹起するものがあることにも注意が必要である¹¹⁾。 β アドレナリン拮抗薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、そしてビンクリスチンやアスパラギナーゼなどの抗がん剤にもうつ病との関連が指摘されているものがある。ステロイド剤は脳転移などによる脳浮腫の治療や倦怠感、嘔気に対して広く用いられている薬剤であるが、うつ病の原因となりうることが知られている。

4. スクリーニング

うつ病を簡便にスクリーニングする手段として、上述した「つらさと支障の寒暖計」をはじめ、さまざまな質問紙や評価尺度が紹介されており、がん患者のうつ病の存在を示唆する指標としての利用価値は高い。しかし、それらを施行する前段階としてまず必要なのは、患者に存在する精神的負担について医療者が関心をもち、それについて患者と話し合うことである。

Chochinovら¹²⁾は、終末期がん患者197例に対して13項目からなる簡易抑うつスクリーニング尺度、および抑うつ気分のみを尋ねることを実施したところ、「気分はいか

がですか?落ち込んだりしていませんか?」と尋ねることがうつ病のスクリーニングとして最も有用であったことを報告している。患者の前に立った時に、「調子はどうですか?」と尋ねた後で、もう一言、「気分はいかがですか?」と付け加えることは、臨床に大きな負担をかけることなく行うことができ、しかも今すぐにでも実践できる、うつ病を見逃さないための簡便かつ有効な手段となるであろう。

5. 対応

適応障害とうつ病へのアプローチとしては、精神療法と薬物療法が中心となる。精神療法については、近年、がん患者に対してもグループ療法、認知行動療法、問題解決療法、回想法などさまざまな試みが行われ、その有効性が報告されてきている。しかし、がん患者に対する精神療法の基本は「支持的精神療法」といわれている。これは、「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指す」として、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との取り組み方で、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。苦しみが今まさに理解されつつあると伝わったとき、治療となる」とされ、患者の感情の表出を促し、それを傾聴し支持することが基本となっている。

薬物療法に関しては、一般の適応障害やうつ病の治療に準ずる。しかし、がん患者には高齢者が多く、またがんやがんの治療に伴うさまざまな身体症状や全身状態を有している

ことから、薬物投与 - 特に抗うつ薬の投与 - にあたってはいくつかの留意点が必要である。薬物療法の実際については他書¹³⁾を参考にさせていただきたいが、ここでは薬物療法を行う際にチェックすべき項目を示す。

- ①全身状態はどうか (肝機能障害の有無や程度など)
- ②内服が可能かどうか
- ③オピオイドなどの鎮静作用のある薬剤が使用されているかどうか
- ④抗がん剤やホルモン剤などで、抗うつ薬と相互作用を起こすような薬剤が使用されているかどうか
- ⑤抗うつ薬の有害事象が現れていないかどうか

以上の注意事項を踏まえながらも、症状緩和のためには積極的に薬物療法を取り入れていくことも重要である。

III. せん妄

1. 診断

せん妄は、がんの初期治療時や進行期から終末期に多くみられる器質性精神疾患であり、軽度の意識混濁に精神運動興奮、錯覚や幻覚などの認知障害を伴う「意識」の障害である。意識が障害されることから、ヒトの精神機能に基づく多彩な精神症状が出現する。

せん妄の典型例では、比較的急性に症状が出現し、症状の日内変動 (特に夜間に症状が増悪)、注意の集中・維持が困難であることが特徴的である。治療に協力的でない、拒否的であるといった依頼内容で精神科にしばしば相談されることもある。診断に際してはこうした症状とともに、見当識、計算力などの高次認知機能を評価することが重要である。がん患者におけるせん妄の有病率は、身体状態が増悪し終末期になるにつれ上昇するが、全病期を通じては4~27%程度と報告されている¹⁴⁾。

特集「外来精神医療と緩和ケア」

2. 原因

がん患者におけるせん妄の原因は、がんの転移などによる直接的なものと、代謝性脳症、多臓器不全、電解質異常（骨転移による高カルシウム血症など）、薬剤または放射線照射による副作用、感染、栄養状態の変化、腫瘍随伴症候群などによる間接的なものがあるが、後者のほうがはるかに多い。薬剤性のせん妄は比較的多く、モルヒネなどの麻薬性鎮痛剤、抗コリン作用を持つ薬剤などでみられる。

せん妄の原因を病期別にみると、身体状態が良い時期には治療（手術、化学療法など）に基づく単一要因が多く、終末期には多要因になる傾向がある。Brueraら¹⁴⁾は、終末期がん患者におけるせん妄の原因検索を末梢血生化学検査と脳CT、動脈血ガス検査を用いて行い、56%が原因不明であったと報告している。判明した要因を頻度順にあげると、薬剤、敗血症、脳転移、肝・腎不全、高カルシウム血症、低ナトリウム血症であった。その後結果的に、三分の二の認知障害は回復せず死に至り、三分の一が死亡前に回復したと報告している。終末期という状況では、せん妄の原因はさまざまな要因の積み重ねであることが多く、原因検索と治療の困難さが推測できる。

3. スクリーニング

せん妄のスクリーニングには、認知機能の客観的な評価法である Mini-Mental State Examination (MMSE) が有用であるとする報告が多い¹⁵⁾。MMSEは11の設問から構成された簡便な検査法であり、がん医療の現場でもせん妄の補助診断ツールとして汎用されている。

Brueraら¹⁴⁾は、緩和ケア病棟に入院し死亡退院したがん患者47名を対象に、MMSEを週3回施行した。その結果、入院時にすでに47名中16名(34%)が認知障害を示し、

表1. 回復可能なせん妄と回復困難なせん妄

	回復可能	回復困難
典型的な原因	・電解質異常・薬物・貧血・炎症反応	・臓器不全・脳転移
ケアのゴール	せん妄からの回復	せん妄症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬を用い、ベンゾジアゼピンは最小限使用	適宜ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	・見当識障害の回復 ・生活リズムの補正・家族のケア	・不穏症状の緩和 ・睡眠確保・家族のケア

(PEACE PROJECT, 日本サイコオンコロジー学会)

表2. 抗精神病薬の有害事象—がん患者に使用する場合の留意点—

錐体外路症状	ドーパミン受容体遮断作用を有する制吐剤(メトクロプラミド等)が先行投与されていることが多く、注意が必要
抗コリン作用	モルヒネの有害事象(口渴、便秘、排尿障害・尿閉、眠気)を増悪
肝障害	抗がん剤投与中や肝転移症例には注意が必要
悪性症候群	全身状態が悪いことが多く、注意が必要

死亡直前では39名(83%)が認知障害を示していたことを報告している。

4. 対応

まずは原因の同定とその治療が優先される。ただし、治療により回復可能なのか回復困難なのかを見極め、ケアのゴールをどこに定めるのが重要である(表1)。薬物療法については、一般的なせん妄治療に準じて、①ベンゾジアゼピン系単剤を用いない、②パーキンソン病治療薬を併用しない、③多剤併用をしない、ことを原則とする。抗精神病薬の有害事象について、がん患者に使用する場合の留意点を表2に示すので、参考にされたい。

また上記に加え、環境調整や家族支援、病棟スタッフへの支援・教育も必要である。

IV. おわりに

がん患者に認められる精神的負担として、適応障害、うつ病、せん妄という3つの疾患をとりあげ、その診断、原因、スクリーニング、対応を述べた。実際の臨床では、これら

の症状をいかに的確に評価し、早期に対応するかが重要となる。そのために医療者は、患者とのコミュニケーションを高める技術を習得し、患者と良好な関係を保つための十分な配慮を常に行うことが不可欠であると思われる。

Q

transcranial magnetic stimulation (TMS) の実施状況

TMS (transcranial magnetic stimulation) について、

- (1) 上記を現在、国内にて行っている医療機関はあるか。
- (2) 実施器具は購入可能か。
- (3) 実施している医療機関名を。

(大阪府 M)

A

single-pulse TMSとrepetitive TMSで扱いが異なることに注意

経頭蓋磁気刺激 (transcranial magnetic stimulation; TMS) は、頭皮上にコイルを置き、電磁誘導の原理により皮質表面に電流を誘導して、局所的に皮質を刺激する方法である。TMSは、もともとはペンフィールドの神経生理実験を非侵襲的に行うことを目指して開発された技術である。しかし、刺激を繰り返し与えることによる神経変性疾患や脳梗塞後のリハビリテーション、うつ病、慢性疼痛への治療効果が報告され、新規治療方法として注目・検討されるようになった。

TMSにはその刺激内容から、単発のTMS (single-pulse TMS) と反復刺激を与えるTMS (反復経頭蓋磁気刺激; repetitive TMS, rTMS) の2種類に分けられる。

(1) single-pulse TMS

single-pulse TMSは、単発の刺激を脳皮質に与え、四肢の筋電図を記録することにより、運動神経伝導速度を測定することに用いたり、左右半球間の伝導速度を測定することに用いる。single-pulse TMSによる運動神経伝導速度の測定は、「中枢神経磁気刺激による誘発筋電図」として保険診療で実施できる。現在ではほとんどの大学病院や規模の大きい総合病院では導入されており、検査として実施している。

実施器具は、国内メーカーでは日本光電、

海外メーカーではMagstimやMagventureなど数社から発売されており購入可能である。ただし、検査機器として認可されていないものもあり、臨床検査機器として使用する場合には確認する必要がある。

(2) 反復経頭蓋磁気刺激 (rTMS)

rTMSは、磁気刺激をおよそ1~15回/秒の頻度で繰り返し刺激する方法である。脳梗塞後のリハビリテーションの促進効果、パーキンソン病やうつ病、慢性頭痛の治療効果を期待してTMSを実施する場合、ほとんどがこのrTMSを指す。

rTMSを施行するに際して、頻度は少ないものの有害事象である一過性けいれんに対応できるよう、国際・国内 (日本臨床神経生理学会) が示している安全基準に則り整備することが望ましい¹⁾²⁾。また、rTMSはsingle-pulse TMS装置では実施することはできない。専用のコンデンサー機器とコントローラーを用意する必要がある。さらに、かなりの電力を使用するため、20~40A (アンペア) の独立した (つまり大量の電力を消費してもほかの機器の動作に影響しない) 回線を用意するほうが安全である。また臨床使用に耐えられる専用機器は国内メーカーでは販売しておらず、研究目的で海外メーカーからの取り寄せになる。

このようにrTMSを実施するためにはハード面での整備が必要となる上に、rTMS装置が臨床機器として認可されていないこと、rTMS治療が保険診療では認められていないことから、国内では普及していない。rTMS治療は臨床試験として実施せざるを得ないのが現状であり、実施施設も大学病院を中心に限定されている。

例えば、2011年3月現在でUMINにTMSの臨床研究を登録している医療機関は、杏林大学医学部（大うつ病性障害）、群馬大学医学部（感情障害・適応障害に起因する抑うつ状態）、和歌山県立医科大学（統合失調症）、大阪大学医学部（難治性神経因性疼痛）、福島県立医科大学（筋萎縮性側索硬化症、パー

キンソン病）、慶応義塾大学医学部（リハビリテーション、耳鳴）、神奈川県立精神医療センター（気分障害、血管性うつ病）、国立がん研究センター東病院臨床開発センター（薬物療法が困難ながん患者のうつ病）などである。

▶ 文 献

- 1) 松本英之, 他: 臨床神経生理学 39: 34, 2011.
- 2) Wassermann EM, et al: Electroencephalogr Clin Neurophysiol 108: 1, 1998.

▶ 回 答

国立がん研究センター東病院
臨床開発センター精神腫瘍学開発部室長
小川朝生

〈第1回〉

「怒る」患者——隠れているせん妄を見つける

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院
臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

がん治療のあらゆる段階を通じて、患者は様々な精神症状に悩まされる。患者を苦しめる精神症状にはせん妄や抑うつ、不安などがあり、実に患者の2人に1人は何らかの精神医学的問題があるといわれる。

精神症状に悩まされるのは患者だけではなく、患者を支える医療者も同様である。転倒・転落や点滴抜去を起こすせん妄状態の患者、告知によるうつ状態から治療を拒否する患者、病状を受け入れられずに医療者に怒りを向ける患者などなど……。精神症状はあらゆる場面で、顔を変えて現れてくる。このよ

うな精神症状に対して、適切な治療とケアの指針を示す専門領域が精神腫瘍学（サイコオンコロジー）である。対応が難しいと思われる場面であっても、その原因となる精神症状が何かを明らかにすることにより、混乱した場面の解決の見とおしを立てることができる。

本連載では、臨床でしばしば遭遇し対応が難しいと思われる場面を紹介しながら、精神症状のアセスメントを通じて、見とおしをどのように立てていくのかを一緒に考えていきたい。

事例

夕方になるとキャラの変わる患者

患者：Aさん、65歳、男性。

現病歴：喉頭がん（stage III）。 既往歴：本態性高血圧、糖尿病、脳梗塞（現在は麻痺はなし）。

喫煙歴：40本/日を50年。 飲酒：日本酒5～7合/日。

X年3月、Aさんは嚥下時の違和感を自覚した。近くの内科を受診し感冒との診断を受けたが、1か月経っても症状が改善しなかった。痛みで食事を摂るのもつらくなってきたので、耳鼻・咽喉科を受診したところ悪性腫瘍の疑いを指摘されて、同年4月に総合病院頭頸部外科を紹介受診した。組織診、頸部MRIの結果、上記診断を得て、同年5月に放射線化学療法目的で入院となった。

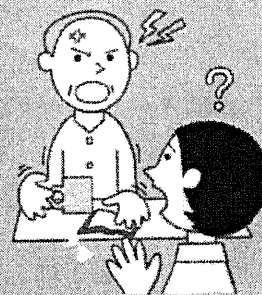
入院時には、「先生からは酒とたばこのせいだと言われました。なっちゃったんだから仕方がないですよ。もう、『まな板の上の鯉』です。お任せして治療に励まなきゃね。病院に慣れていなくて申し訳ないですけど、よろしくお願いします」と穏やかに挨拶をされた。同室の患者ともニコニコと話をした。病棟スタッフとの関係もまずまずで、冗談を交えながら会話を交わっていた。楽しみの寝酒が飲めないこともあり、不眠がちであったが、「まあ仕方がないわな」とそのまま様子を見ていた。

入院して5日ほど経った頃より、面会の妻が帰った夕方ぐらいから、イライラとした様子を見せるようになった。ナースコールが鳴り看護師がベッドサイドに行くと、「どうして来ないんだ！ 呼んだらすぐ来い！」「遅いんだよ！ 飛んで来いよ！ 何をしているんだ！」と怒鳴り、机の上の物をあれこれ落ち着きなく触り続けた。看護師が「遅くなってごめんなさい。どうなさいました？」と謝りつつ尋ねたところ、「見たらわかるだろ！ 何を育てるんだ！」と言う。「何かお手伝いしましょうか？」と声をかけたが、「ぼけっとしてないで、すぐに動くんだよ！ 言われなくてもやれ！」「見てわからんのか！ さっさとこっち！」と

怒り続けた。

対応に困った病棟スタッフは上司に相談した。病棟カンファレンスを開いたところ、どのスタッフが対応しても怒った様子であることがわかった。ふだんは穏やかであることから、Aさんの気に障ることがあったのか、対応をどうするかが話し合われたが、Aさんの気分を損ねるようなきっかけはわからなかった。面会時間の後に怒ることが多いことから、「家族と会って、入院していることに焦っているのではないか」「妻との仲が良くないのではないか」などの意見が出たが、はっきりしなかった。「怒り」に対しては「つらさ」を傾聴することで対応した。

次の日もナースコールが鳴ったので、担当看護師が病室に伺った。「怒り」に対して「つらさ」を理解しようと熱心に傾聴した。しかし傾聴すればするほど、「何ぼ一っとしてるんだ!」「俺を笑ってんのか!」とますます激しくなってしまった。



「怒る」患者への対応

「怒る」患者にどのように対応したらよいのか、悩む医療者は非常に多いのではないだろうか。なかには、激しい罵声を浴びせられたことにより深い心の傷を負い、臨床の場面に立てなくなる医療者もいる。患者の「怒り」に反応して、医療者が怒ってしまい、不幸な治療関係の結末に至る場合もある。「怒り」に適切に対処することは、患者のみならず医療者にとっても必要な技能である。

「怒る」患者と相対したとき、あなたはどのように考えるだろうか？

「怒り」のきっかけを探したり、「怒り」を鎮めるために傾聴しようとしたりするだろうか。あるいは、無難に収めようと謝るだろうか。

「怒り」を考える前に評価したいこと

「怒り」というと、すべてが心理的な反応（すなわち、自分の希望どおりにならない不安や喪失体験に対する情動的な反応）ととらえがちである。たとえば、がんの医療に携わる医療者であれば、患者が怒りを示すと「病気を受け入れられなくて、周りにあた

っているのではないかと「医療者の対応が気に入らなくて怒っているのではないかとそのまま受け取りがちにもなろう。「とりあえずこの場を早く済ませたい」という気持ちについつい流されがちではなかろうか。

人間の情動なり思考を扱う場合に、医学的に忘れてはならないことがある。それは、気分や思考が正しく機能するためには意識が保たれていることが前提である、ということである（図）。

ヒトは、脳の機能が保たれている（意識が保たれている）ことで、周囲の状況を認識し、感じとり、考えることができる。もしも意識が障害されれば、そ

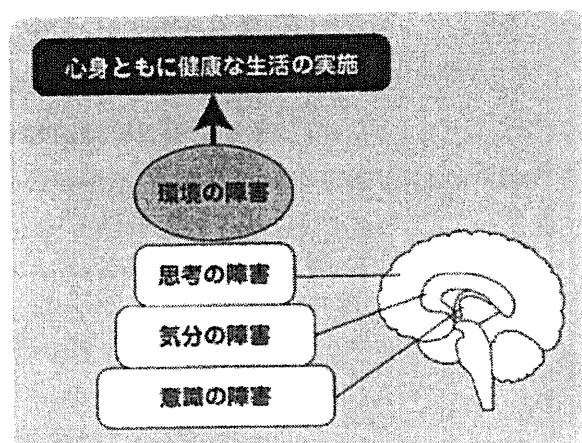


図 意識と気分、思考の関係

の上に乗っている感情や思考も歪み、正しく認識されなくなる。意識の障害がなければ、「怒り」は心理的な反応と考えることができるが、もしも意識が障害されてその結果感情が歪み、「怒り」のような反応が見えているとすれば、われわれが対応しなければならないのは、心理的な感情ではなく、患者を苦しめる本体である意識障害ということになる（表1）。

ここで事例を振り返ってみると、いくつかポイントが浮かび上がる。1つ目は夕方から怒り出すという症状の動揺がある点、2つ目は行動にまとまりがなく、集中力・注意力が続かない様子が見られる点、3つ目は睡眠リズムの障害（夜間不眠）がある点である。これは軽度の意識障害であるせん妄の症状である。

軽度のせん妄の症状を見落とさない

教科書や臨床マニュアルで「せん妄」を調べると、幻覚（幻視）や妄想、精神運動興奮を伴う意識の変容状態とまとめられていることが多い。しかし、臨床

表1 「怒り」患者のアセスメント

<p>1. 認知機能障害の評価（せん妄や認知症、認知機能障害の有無を確認する） 臨床では、夕方から性格が変わったかのように怒る場合には、背景にせん妄があることが多い。</p> <p>2. 現実検討能力（今の状況をどのくらい理解できているのか）の評価</p> <p>3. 暴力行為にエスカレートする可能性がないかどうかの評価</p> <p>4. 患者を混乱させる要因がないかどうかの評価</p>
--

で観察される頻度をもとに考えると、幻視や妄想を伴う症例は約40%に留まる。つまり、幻視や妄想に注意をしてもせん妄の半数以上は見落としてしまうことになる。

臨床上、せん妄を発見するための重要なポイントは、せん妄の中核症状である注意力障害を確実に見きわめる点に尽きる。特にせん妄の初期（前駆状態）では、軽微な注意力障害に、不安やとまどい、落ち着きのなさが重なることが多い。不安や怒りなどの感情の変化があること、しかもそれが夕方から現れる（臨床スタッフは、人が変わったかのように怒る、キャラが変わると感じるが多い）ことは、心理的な反応ととらえる前に、まずせん妄の有無を評価したい（表2）。

対応の実際（その後の経過）

Aさんの対応方法が難しいとのことで、精神科医に相談があった。

病棟スタッフと精神科医でまずカルテを振り返った。入院時から不眠があり、3～4日目より日中の傾眠傾向と夜間の不眠（昼夜逆転）が続いていることが明らかになった。日中の様子を振り返ってみたところ、朝から昼過ぎにかけては応答もスムーズで会話もまとまっていたが、午後4時を過ぎる頃から応答があいまいになり、まとまった会話が難しい様子であることも明らかになった。

日中に精神科医が診察に伺うと、穏やかに挨拶された。「病棟スタッフが、夕方にAさんが不安で落ち着かない様子があって心配されていますが、ご自身でお気づきのことや困られていることはありませんか？」とこの数日のエピソードを確認

表2 せん妄を早期に見つけるためのポイント

- ◎せん妄が顕在化する2、3日前から軽い意識障害が先行している(せん妄の前駆状態)。
- ◎せん妄の前駆状態では、注意力が障害されるため、患者は周りの状況を把握できなくなっている。
そのため、不安や落ち着きのなさが観察される。
- ◎臨床での特徴
 - 患者の表情の変化：(不安、とまどいのある固い表情)、視線が宙を遊ぶ、落ち着きなくきょろきょろと見回す。
 - 会話の変化：会話に集中できない、反応が鈍い、混乱している、会話にまとまりがない。
 - 急激な気分・態度の変化：急に怒り出す、急に怯える。
 - 行動の変化：まとまりのない行動、動作が鈍い、繰り返す失敗、同じ動作を繰り返す(立ったり座ったりを繰り返す、扉の開け閉めを繰り返す、荷物の上げ下ろしを繰り返すなど)。

したところ、Aさんはほとんど覚えていなかった。見当識を確認するために現在入院している病院の名前や日付を確認したところ、病院の名前は言えたが日付は答えられなかった。注意力を確認するためにシリアル7(100から7を連続して引いた数字を答える)を実施したところ、2施行目で失敗した。簡易認知機能検査のMMSEの結果は30点中20点で、軽度の認知機能障害を認めた。

同じ日の夕方に再度訪室した。精神科医が声をかけたところ、「だれだ、お前は！呼んだらすぐに来い！」と怒鳴った。昼間に会ったことを尋ねたがAさんは覚えておらず、精神科医の顔も覚えていなかった。

診察の結果から、Aさんは明らかな注意力の障害、見当識の障害があること、1日のなかで変動をしていることからせん妄を疑った。「怒り」は、認知機能の障害に重なって生じていることからせん妄の症状の一部と判断した。病棟スタッフ

と担当医、精神科医を交えて状況を確認し、治療を進めるためにもせん妄の治療・対応を進めることとした。せん妄の原因を評価したところ、準備因子として脳梗塞の既往、環境因子として不眠、直接要因として肺炎(軽度)、脱水(軽度)、貧血を認めた。

担当医より誤嚥性肺炎に対して、抗菌薬の経口投薬を行い、精神科医からはリスパダール®(1mg)1錠 1日1回夕食後の指示を出した。病棟スタッフは、①昼夜のリズムを確認するために夜間の入眠状況を観察するとともに、②感染徴候・呼吸器症状、食事摂取・水分摂取を確認する、③日中の覚醒を促すための働きかけを行う、④定期的なせん妄症状の評価(見当識の評価、注意力の評価)を繰り返すこととした。

対応を開始して2日目からは夜間の睡眠が確保できるようになった。3日目からは夕方の焦燥感も徐々に消え、スタッフともまとまった会話ができるようになった。

せん妄を家族に説明する

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院
臨床開発センター、精神腫瘍学開発部

今回は、せん妄をできるだけ早期の段階で見つけるための話をした。せん妄は臨床で当たり前のように生じる精神症状でありながら、見落としや治療・対応への誤解も多い。精神症状をどのように評価し

たらよいか、どのように対応するとスムーズなのか、そのちょっとしたコツを知るだけで、臨床での苦勞を減らすことができる。今回は、家族への説明について一緒に考えていきたい。

事例

モルヒネの使用を拒否する家族

患者：Bさん、60歳代、男性。

現病歴：右肺扁平上皮がん、stage IV(対側肺転移、縦隔リンパ節転移、胸水貯留、椎骨浸潤)

X年11月頃より咳嗽や痰がみられ、12月には発熱が数回あったが、仕事が忙しいこともあり市販の感冒薬で対応をしていた。翌年2月には胸背部痛が強くなり、市販の鎮痛薬でもとれなくなった。整形外科を受診したところ、胸部X-Pで右肺野の異常陰影を指摘され、同月総合病院呼吸器内科を紹介受診した。気管支鏡および胸部CTで、右下葉の肺扁平上皮がん、対側肺転移、縦隔リンパ節転移、胸水貯留、椎骨浸潤と診断された。

担当医より進行肺がんであること、手術の適応はないこと、治療方法として抗がん剤があるが全身状態が安定してからではないと難しいとの説明があった。治療方針としては、まず疼痛を緩和し、合併している肺炎を治療すること、全身状態が安定したところで抗がん剤治療を開始することとなった。説明はBさんとその妻、長男の同席で行われたが、家族は非常に焦った様子であった。

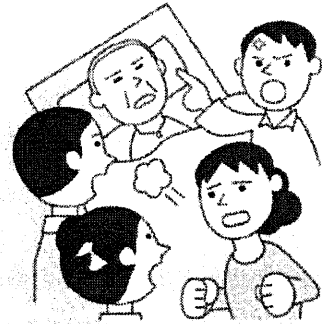
背部痛が強く眠ることも難しかったこと、38℃台の発熱が続いていたことから、症状を緩和するために緊急入院となった。入院時点ではほぼ1日臥床している状態で、座ろうとするだけでも顔をしかめ、ゆっくりと手をつきながら起き上がるのがやっとであった。座り続けることが難しかったため、家ではほとんど食事を摂れていなかった。

背部痛を緩和するために担当医はオピオイドの使用を考えた。付き添った家族は、疼痛緩和にオピオイドを使うことに対して、「もうモルヒネを使うのですか？もう治療もできないのですか？」と驚いた様子であった。しかし、「痛みが和らげば、がんの治療も始められるから」との担当医の説得もあり、不安を感じつつも了解した。経口投与が困難であったこと、速やかに症状を緩和することを考えて、塩酸モルヒネの持続皮下注を開始した。塩酸モルヒネを1mg/時から開始し、2.5mg/時まで増量したところで、疼痛はNRS (numerical rating scale: 数値的評価スケール) で10から5まで低下した。

Bさんが寝入った様子であったので、家族も荷物を整理するために帰宅された。その日の夜半頃より、Bさんはそわそわと落ち着かない様子になった。「息子が迎えに来たから帰る」と言って病棟から出ようとし、慌てて止めに入ったスタッフに「何の権利があって俺を止めるんだ！」と興奮して叫んだ。「大事な会議に呼ばれているから、すぐに行か

なければいけない」と言いつつ、「みんなが俺の悪口を言って追い出そうとしている」と泣き出したりと、会話も行動もまとまりがなかった。当直医がよばれて説得をしたが頑として聞き入れず、壁を叩くなど興奮したため、やむを得ず家族をよび出した。

当直医が現在の病状を家族に説明したのち、「本人が掃りたがって落ち着かないのでこのままでは治療ができない。家族が24時間付き添わないと入院はできない」と話したところ、家族は「治療もしていないのにモルヒネを使ったから呆けてしまった。家族はだれもモルヒネを使うことを望んでいなかったのに……、モルヒネをすぐに止めてがんの治療をしてほしい」と怒り出した。



せん妄を家族に説明する

せん妄への対応は幅広い。患者の安全を確保しつつ、治療を開始することはもちろんであるが、スタッフが最も気を遣い、また対応に悩むことに「家族にどのように説明するか」がある。家族からしてみれば、数時間前まで普通に会話をしていた患者が、突然意志の疎通が図れなくなることに直面することになる。家族の動揺は非常に大きく、医療者への怒りを表す場合もある。一方、ケアを考えた場合に、家族ほど患者を安心させる存在はなく、家族の協力は欠かせない。あなたはどのように家族に説明し、協力をお願いするだろうか？

家族が動揺する理由

家族への説明を考えるうえで、「家族はどうして動揺するのか」を考えてみよう。

せん妄の患者を目の前にしたとき、家族が感じる不安には次のようなことがある。

- 患者がどうなってしまったのかわからないという気味の悪さ。身体の状態が悪いことが精神症状として現れるということが腑に落ちない。
- 患者とコミュニケーションがとれないので、患者にどのように接してよいのかわからない(つじまが合わないことを言う患者に、黙って従うほうがいいのか、無理に止めてでも正したほうがいいのかかわからない)。
- ひょっとして呆けてしまったのではないか、精神病にかかってしまったのではないか。
- オピオイドに対する陰性の感情(モルヒネは呆けさせるための薬、寝かせるための薬との誤解はいまだに多い)。
- 痛みがとれないから錯乱したのではないか。
- 「がん」という病気に対する不安で押し潰されてしまったのではないか。
- 無理矢理入院させて化学療法を受けさせたから、耐えられなくなったのではないか。

特に、せん妄状態のなかで疼痛を訴える場合、家族は「患者が適切な治療を受けていないのではないか」と疑いをもつこともある。担当医との信頼関係が崩れてしまい、治療に影響するこ

ともあるので、家族が何に不安を感じているのか、どのようなことを恐れているのかをたずねることも大事である。





せん妄を家族に説明するときのポイント

せん妄を家族に説明するときは、前述したよう

に、まず家族が不安に感じるのはどのような点なのかを直接たずねて確認する。そのうえで、家族の不安を取り上げ、家族がどのように考えたらよいのか、またどのように患者と接したらよいのか、家族が理解し行動できるように具体的に説明をする。

参考までに家族への説明例をあげる(妻)。

表 家族へのせん妄の説明例

	<p>せん妄は身体の異常が原因で生じている症状であることを説明する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・いまの〇〇さんのように、つじつまの合わない話をされたりする症状を「せん妄」といいます。「せん妄」は熱が出たり、からだの水分が減ったり、からだの中の塩分が不足したときに、脳がうまく働かなくなって生じる症状です。一見、こころの問題のように見えますが、原因は身体の調節がうまくいかないことにあります。 ・呆けてしまったとか、精神病になってしまった、というものではありません。「こころの持ちよう」とか「気が弱いから」なる症状でもありません。
	<p>せん妄の症状について具体的に説明する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄は脳がうまく働かないために注意が持続しません。そのため、周りの様子が正確に把握できず、会話や行動がまとまらずにつじつまの合わないことを言ったりします。時には、見えていないものが見えているように行動したり、「どこにいて、何をしているのか」がわからずに混乱したりします。 ・からだ十分に休めないために昼と夜が逆転し、夕方になると不安になりそわそわと落ち着かなくなります。立ったり座ったりを繰り返したり、何度も声をかけてきたりします。入院中の患者10人に3人ほどがどこかでせん妄を生じます。決してまれなことではありません。 ・集中を持続させることはかなり力を要します。いまは脳が十分に働かない状態ですので、繰り返し説明をしても理解することは難しいのです。
	<p>せん妄の原因について説明する。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄はからだに負担がかかった場合に生じます。熱が出たり、水分が足りなくなった場合に生じますし、手術や大きな処置の後にも生じることもあります。また、からだに余裕がないときに、薬が負担になって生じることもあります。たいていの場合は、いくつかの要因が重なって生じることが多いのです。
	<p>特にオピオイドに関しては家族の不安に配慮をした説明をする。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの治療をされている患者の場合、いくつかの要因が重なった場合にせん妄を生じることが多いです。「麻薬の使用」だけでせん妄になったわけではありません。痛みもせん妄を悪くする要因になります。オピオイドを単に

減らすと痛みが出てきて、かえってせん妄が悪化する場合がありますので、オピオイドをこのまま使い続けながらせん妄の治療を進めましょう。どうしても薬が合わない場合には、オピオイドの種類を変えることで、痛みを出さずにせん妄に対応することができます。



せん妄の治療の見とおしを伝える。

- ・せん妄は脳のはたらかずに注意が続かない状態です。このような注意力や判断力を回復させることを目標に抗精神病薬という薬を使います。この薬は寝かせるために使っているわけではありません。
- ・せん妄はからだの水分が少ないことが負担になって生じていますので、からだの水分を補いつつ、脳の機能を回復させるような治療を進めていきます。治療が進むと、2、3日のうちに徐々に夜眠れるようになります。眠れるようになれば、昼間の会話も徐々にまとまってきて、ご家族とお話もできるようになります。



家族の苦勞をねぎらう。

- ・ご家族の方もどのようなことが起こったのだろうと心配されたかと思います。お疲れではないでしょうか。無理をせず、まずはお休みください。



家族がどのように接するのがよいのかを話し合う。

- ・周りの様子が正確に把握できないために不安になったり、混乱したりすることがあります。身近な物や家族の顔を見ると、混乱されたなかでもしっかりとわかります。ご家族がそばにおられるだけでも安心されます。
- ・つじつまの合わないことを話しかけられても、無理に合わせる必要はありません。また、無理矢理正す必要もありません。



家族も参加できるケアを提案する。

- ・そばにいてだけで何をしたいかわからない、話しかけられたらどうしようとお困りになるかもしれません。ふだんどおり〇〇さんに声をかけていただき、軽くからだをマッサージするだけでも安心されます。
- ・昼と夜のリズムを整えるために、昼と一緒に散歩に出かけられてはいかがでしょうか。

以上、せん妄を家族にどのように説明をするかをまとめた。せん妄を発症するときは、身体的にも重篤なときである。今後どのような治療方法を選択するのか、あるいは入院を継続するのかどうかを選択しなければならないことも多く、

家族には患者の代理として意思表示を求められる負担もある。治療の成否だけではなく、患者・家族が「自分たちの希望を聞いてくれた」と安心し信頼を得るためにも、十分に時間をかけて家族の不安に対応することが重要である。日頃の臨床の参考になれば幸いである。

せん妄と認知症の症状の見分け方

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター がん予防・検診・疫学センター 精神神経学開発部

多数の高齢者がいる病棟では、せん妄患者への対応に追われる一方、認知症患者の対応にもてんでこまいになることがしばしばある。数からみれば、せん妄は入院患者のおよそ30%に出現する。認知症も65歳以上の10~15人に1人は存在することになるので、入院患者の平均年齢が70歳を超える病棟（定員50名）を考えると、軽度の認知症を含めて5人はいる計算になる。

せん妄と認知症は、どちらも術後合併症の増加、転倒転落のリスク、退院調整が必要という点で、看護アセスメントが重要である。できれば入院初期に

気づきたいが、ふだんの様子が変わらない状況で見つけるのが大変な点も共通している。気がつけば点滴抜去や転倒を生じていて、慌ててアセスメントすることが多いのではないだろうか。夜間に興奮したり、点滴ルートが抜かれたり、対応を考えなければならない慌ただしい状況で、その症状がせん妄なのか、あるいは認知症なのか、アセスメントに苦勞したことはないだろうか。

今回も事例を通じて、せん妄と認知症の症状の見分け方について考えてみる。

事例

患者：Cさん、70歳代、女性（独居）。現病歴：大腸がん術後

X年6月、Cさんは下血が数回あったがそのまま様子を見ていた。同年8月頃より、立ちくらみがあり横になることが多くなったため、心配した娘に強く勧められてA病院を受診した。採血でHb 6.5g/dLと強い貧血があり、詳しく問診をしたところ下血のエピソードらしきことをCさんが話し始めた。後日、大腸内視鏡検査を実施したところ、上行結腸に腫瘍を疑う隆起病変を認めた。担当医はCさんと娘に病状を説明し、貧血を補正した後に手術をすること、手術は2回に分けて実施し、一時的にストーマを造設することを説明した。Cさんも娘も了解し、同年10月に入院し、腫瘍の切除とストーマ造設術を行った。術後も経過は良好であった。ストーマの管理はCさんには難しかったため、娘が対応することとし、10月下旬に無事退院となった。

退院後もまずまず順調であったが、11月中旬頃より元気がなくなり、自宅で横になることが多くなった。11月下旬のある日、娘が会社から帰宅するとCさんがぐったりして動けなくなっていたため、娘が慌てて病院に連れて行き、そのまま精査のために入院となった。

Cさんは入院当初ぐったりとして、声かけにも反応が乏しく、目を開けるがすぐに閉じてしまう様子であった。体温 37.4℃、呼吸数 14回/分、SpO₂ 92%、BP 96/60、HR 90/分であった。口唇は乾燥し、尿は濃縮していた。入院時間が遅かったため緊急の採血だけを実施して、細かい検査は翌日行うことになった。脱水がひどかったた