

1 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

2 精神症状や心理状態を有する患者の自殺リスク

3 自殺企図患者への対応

4 自殺・他害の恐れのある患者への対応

5 急病状態の患者への対応

6 アルコール/薬物依存が疑われる患者への対応

7 医療者に対してトラウマを引き起こす患者への対応

8 身体助産師の役割(高学歴的な部分のみ)

9 自殺リスクが疑われる患者の家族で相談するべき相談機関

10 行動観察(待機)について

11 社会復帰にみられる精神症状に対する医療従事者の対応

12-1) 社会復帰にみられる精神症状に対する救急医療の対応

12-2) 社会復帰にみられる精神症状に対する救急医療の対応

13 社会復帰における精神科救急スタッフの役割

14 社会復帰における臨床心理士の役割

15 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

16 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

17 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

18 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

19 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

20 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

21 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

22 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

23 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

24 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

25 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

26 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

27 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

28 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

29 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

30 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

31 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

32 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

33 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

34 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

35 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

36 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

37 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

38 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

39 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

40 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

41 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

42 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

43 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

44 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

45 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

46 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

47 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

48 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

49 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

50 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

51 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

52 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

53 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

54 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

55 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

56 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

57 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

58 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

59 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

60 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

61 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

62 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

63 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

64 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

65 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

66 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

67 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

68 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

69 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

70 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

71 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

72 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

73 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

74 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

75 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

76 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

77 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

78 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

79 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

80 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

81 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

82 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

83 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

84 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

85 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

86 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

87 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

88 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

89 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

90 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

91 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

92 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

93 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

94 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

95 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

96 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

97 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

98 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

99 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

100 救急現場における自殺リスクの把握とその対応について

参考文献

1) 精神科救急医療システムとこの役割

2) 救急医療のケアに不可欠なシステム、相談窓口、社会復帰

3) 自殺予防対策の総論

4) 自殺で苦しむ人への支援

5) 自殺予防の最新動向と今後の展望

図5 PEECガイドブック：表紙と目次

11月の第26回日本総合病院精神医学会総会シンポジウム1「救急センターと地域医療、地域社会支援とこれからの連携を考える」で座長としてかかわった。

これら救急医療と精神科救急双方の学会活動を通してわかってきたことは、自殺企図者は必ず医療機関への搬送が必要であること、初期診療においては身体科救急医療機関が対応すべきであり、薬物過剰摂取、外傷、出血性ショック、低酸素血症などへの対応後、標準的な自殺未遂者ケアを施しつつ精神科医の受診が可能となるまで加療を継続することが必要となること、その時点からは精神科救急側の窓口が確実に対応する必要があること、などであった。また精神科受診がゴールではなく、家族、人間関係、社会的背景などにも目を向け、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種による自殺未遂者ケアの専門家が、継続してケアできる体制を構築することも重要であることがわかった。

現状に対して必要な施策と委員会が今後果たすべき活動

1. 救急外来スタッフ向けの精神科救急初療コースPEEC™コース開催の充実

実際に救急外来に来る精神科関連の患者は自殺企図者のみではない。むしろ、過換気症候群、失神発作、アルコールを含む薬物依存、昏迷やせん妄など精神症状への応急処置と身体科的問題の鑑別の必要性がある患者こそが受け入れ困難例として問題になっている。そこで、自殺企図患者を含む精神症状の評価と初期治療のための教育コースとして、PEEC™(救急医療における精神症状評価と初期診療)コースを全国展開する必要がある。なかでも最も重要かつ労力を要するのはファシリテーターの養成であり、それらの達成が今後のPEEC™コース開催回数増加に直結している。

2. 関連学会の協働による目標設定とその確実な実施

今後の精神科救急医療を無駄なく充実させ、患者、その家族そして救急医療スタッフにとつ

ても安全で安心できる受診を可能とするために、救急医療関連学会と精神科救急関連学会の合同委員会の設置により、問題解決に向けての目標設定、必要な施策の決定と実施が滞りなく行われることが期待される。また、自殺未遂者ケアには多職種の専門家がかわる必要がある。救急医療スタッフ、精神科医のみならず、臨床心理士、精神保健福祉士、救急隊員、保健師など多職種の学会、団体の協力を得て、自殺未遂者ケアに長けた専門家を育成するためのテキストや研修コースを企画、実施していくことが、特に重要である。

3. 厚労省主催の自殺未遂者ケア研修の発展

厚労省主催による自殺未遂者ケア研修も、2012年からは検討症例を3例に増やし内容そのものが充実してきている。今後、一般救急版と精神科救急版を統合し、救急隊の連絡から初療、精神的問題の解決、そして外来でのフォローアップと“つなぎ”を意識した一連の研修としてチームで学ぶワークショップの開催を厚労省と調整中である。そして、委員会が行う簡易版自殺未遂者ケア研修半日コースの開催回数の増加によって、救急医療スタッフのみならず、救急隊員、消防関係者を含む行政職員にも受講できる機会が増え、地元開催による自殺未遂者に関わる多職種の面々が一堂に会してまさに“顔の見える関係”を構築できることは、コースの受講以上にその後の自殺未遂者の対応において相互理解と意思疎通の向上により高い効果が期待できる。

4. 厚生労働省、地方自治体と協力しての総合的な取り組み

都市部と地方では、救命救急センターの充実に、精神科救急医療体制などに大きなばらつきがみられる。自殺未遂者ケアの充実には、地域における救急基幹病院、消防、精神科医、地元医師会が行政機関の調整のもとで一堂に会して意見交換できる場を設置し、精神科救急患者への対応およびその身体的問題への具体的な対策を、それぞれの立場を抜きにして時間をかけて話し合っていく必要がある。

厚労省としては精神科救急関連の保険料の充実、関連学会は救急現場で役立つ具体的なリソースの提供、地方自治体は身体科救急医療機関と精神科医療機関のつなぎ、患者の持つ社会的問題への親身な対応などがその要点となろう。このほか、最近特に衰退が著しい総合病院精神科の再興、増え続ける精神科クリニックにおける自殺企図患者への標準的な対応法の確立、自殺未遂者ケアの多職種における専門家の育成など、各方面の行動力が重要である。

参考文献

- 1) [http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\\_tebiki0903.pdf](http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf)
- 2) [http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\\_q&a1103.pdf](http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&a1103.pdf)
- 3) [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hu\\_kushi\\_kaigo/shougaisahukushi/jisatsu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hu_kushi_kaigo/shougaisahukushi/jisatsu/index.html)
- 4) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編：救急医療における精神症状評価と初期診療 PEECガイドブック—チーム医療の視点からの対応のために。へるす出版、2012

MEDICAL BOOK INFORMATION 医学書院  
親子保健24のエッセンス

平岩幹男

●A5 頁232 2011年  
定価：本体2,400円＋税  
ISBN978-4-260-01445-8

「公衆衛生」連載「保健師さんに伝えたい24のエッセンス—親子保健を中心に」を書籍化。保健師が効果的な親子保健の活動を実践するために、この分野に長くかかわってきた小児科医・公衆衛生医としての著者からの提言をまとめた。とくに、乳幼児の発育のチェック、発達障害を早期に支援する視点、思春期教育の進め方など、具体的な実践方法が記されており、新人から中堅の保健師には必読の書。

# 救急医療における精神症状の評価と初期診療 PEEC™ コースの導入\*

三宅 康史

昭和大学医学部救急医学講座 教授/昭和大学病院救命救急センター センター長/日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」委員長

Key Words 精神症状評価、初期診療、救急医療、PEEC

## はじめに：精神症状を呈する患者を取り巻く救急医療環境

厚生労働省統計情報部の患者調査によれば、平成11年に170万人であった精神疾患患者は、平成17年にはその1.6倍近い260万人に増加している。これは、うつ病を含む気分障害の患者とアルツハイマー病などの認知症患者が急増していることによる。そのどちらもが、救急患者として救急車により身体科救急医療機関へ搬送される可能性があり、それは救急医療現場における救急患者の増加に直結している。

具体的に、うつ病患者の場合には自殺企図による外傷や薬物過量摂取、薬物依存やアルコール関連疾患などによって救急外来へ搬送される。また認知症患者では、身体的問題が重症化していることを訴えることができず、周囲の認識も遅れることで最終的に意識障害（動かなくなった、返事をしなくなった、脱水や敗血症、熱中症や低体温、低栄養、中毒などによるショック状態による脳低灌流）が出現した段階で初めて気づかれて搬送されることになる。

これらの救急患者に適切に対応するためには、①身体的治療、②精神科治療、③入院用ベッドの

整備、④ソーシャルワーク（生活面の支援と転院、社会復帰）のすべてが連続して、場合によっては並行して対応する必要がある。しかし、自殺企図であること、不穏で他害の危険があること、身元不明や飲酒後であること、身体科または精神科のいずれかが治療困難であることなどを理由として、受入れ医療機関が決まらず時間を浪費してしまい、その間に状態が急変することも稀ではない。

これまで何十年もの間、多方面の努力によっても解決されずにきた精神科救急医療が、ここで簡単に解決できるものではないことは理解できる。ただ、不幸な事例（図1：毎日新聞2010年12月26日付朝刊）が今後もくり返されることがないよう、実際に効果の見える現実的な対応策を立て、まずはそれを実行に移すためのリソースを一つ一つ積み上げるところから始める必要がある。

その一石として、救急外来や救急病棟で初療にあたる医療スタッフ向けに、翌日または週明けの精神科医療機関への受診までの“つなぎ”として、精神科救急症例の安全で標準的な初期診療を提供するために、Psychiatric Evaluation in Emergency Careの頭文字をとってPEEC（救急医療における精神症状評価と初期診療）を開発し、その研修コースが開催されている。

## 精神科救急の現状と問題

### 1. 救急車利用と受入れ先選定困難例の実際：東京ルールと地域救急医療センター<sup>6, 7)</sup>

東京都福祉保健局では、全国でも最悪レベルの救急車出勤から病院搬送までの所要時間（ほぼ1時間）を短縮するために『東京ルール』を定め、平成24年度より運用を開始した。これは搬送先

\* Psychiatric evaluation and primary care in emergency medicine: introduction of PEEC™ course  
\*\* psychiatric evaluation, primary care, emergency medicine, PEEC



統合失調症の44歳男性が急性腹痛のため土曜22時ごろ救急車を呼び、3時間以上にわたり現場にて13カ所の救急医療機関に搬送を依頼したが、すべて受入れを断られ、結局搬送を断念。翌朝には家族が再度かかりつけ医療機関や消防署に連絡するも受入れ先が見つからず、同日の14時に心肺停止で発見され、そのまま搬送先で死亡した。

図1 毎日新聞2010年12月26日（日）朝刊一面

病院選定に30分以上、または連絡した医療機関に5カ所以上断られた事例は、前もって定めた「地域救急医療センター」が必ず受け入れ、初療を施すこととし、入院ベッドがない場合には東京消防庁に常駐する医療コーディネーターが転送先を初療医療機関に代わって選定するというものである（図2：東京都福祉保健局資料より）。東京ルールに至った事案を検討すると、整形外科（16%）、高齢者（9.6%）などとともに、精神（9.9%）、アルコール（15.6%）、薬物中毒（2.4%）など精神科関連のキーワードが並んでいる（図3：同）。救急医療機関が受入れを断る理由としては、精神科疾患への不慣れ、複雑な背景因子の存在、自傷・他害の不安があると考えられる。

### 2. 精神科医と精神科医療機関の推移<sup>1, 2)</sup>

身体科救急にとってカウンターパートとなる精神科医と精神科医療機関においても、劇的な変化が生じている。精神科、心療内科、神経科を標榜するクリニックは増え続けていることを考慮する

と、精神科医の多くは病院精神科での勤務を離れクリニックを開業するか、そこに勤務する傾向が続いている。それに対し、病院に設置されている精神科外来、そして入院患者を収容する精神科入院施設は大幅な減少傾向にある。とくに総合病院精神科施設数、総合病院精神科病床数、外来のみ総合病院精神科施設数は顕著で、軒並み減少傾向にある（図4）。実際の収益の他科との比較を図5に示す。医療機関における精神科の医療収益は不採算部門であり、それは経営者にとって決して満足のいくものではない。その結果、低い収益性から病院精神科の病床数は削られることになる。同じ理由で、精神科常勤医の定員数も削減され、残った常勤医の負担が増加、「立ち去り型サボタージュ」が現実のものとなっていく。そして立ち去った精神科医がクリニックを開業する構図となっている。

初療を担当し入院加療を始めた救急医療機関にどって、次の転院先となる精神科病院の減少は入院期間を長期化させ、ベッド満床を招く重大な出

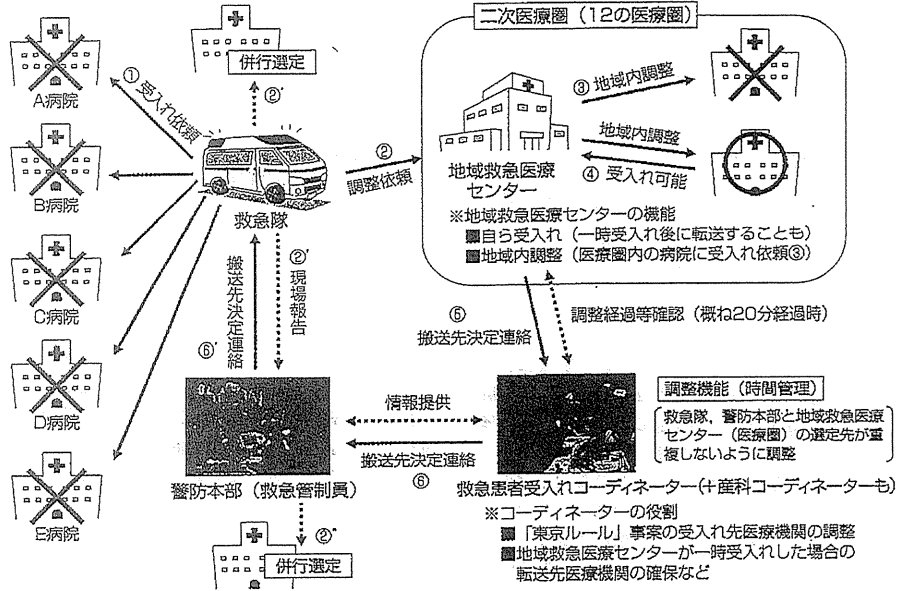


図2 地域で受け止める救急医療

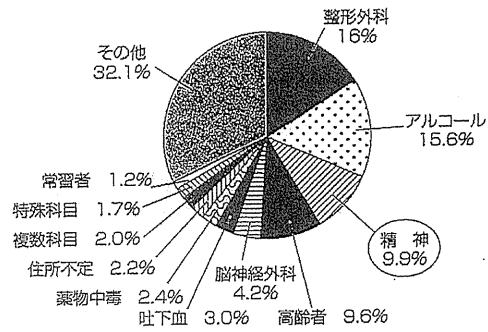


図3 東京ルール対象となった患者のキーワード(平成23年6月から平成24年5月まで)

区分	人数
整形外科	2,449
アルコール	2,397
精神	1,523
高齢者	1,472
脳神経外科	639
吐下血	463
薬物中毒	373
住所不定	332
複数科目	303
特殊科目	257
常習者	189
その他	4,925
合計	15,322

口問題となる。平日日勤帯でしか外来診療および入院手続きを行っていない精神科病院も多く、夜間、週末に精神的問題の見込まれる救急患者はやむを得ず身体科救急病院へ搬送され、必要な専門

的治療につなげないまま応急処置のみがくり返され、身体的な問題のないことのみが確認された後にまた社会へ出されることになる。

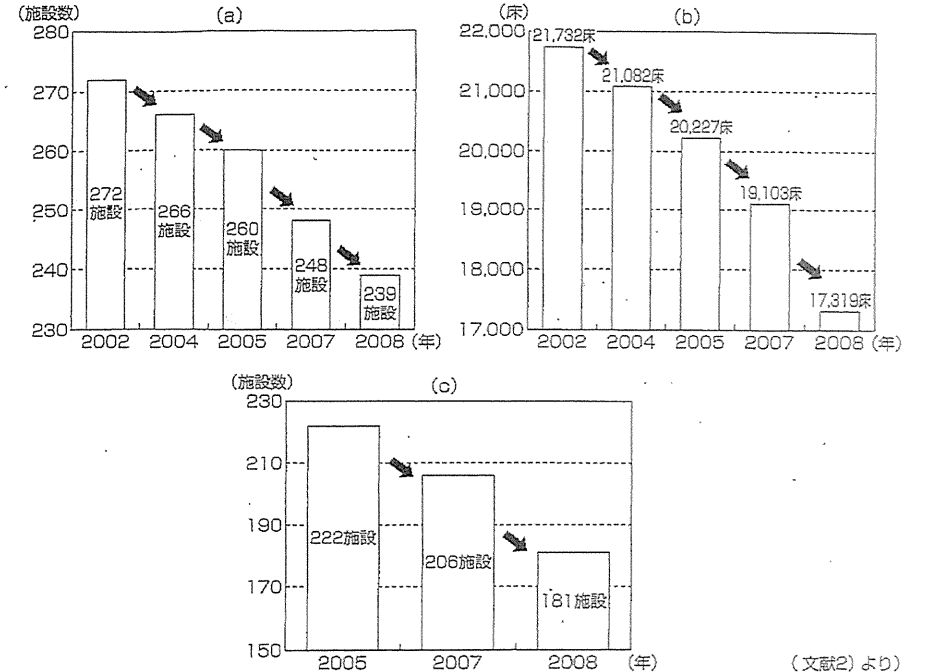


図4 有床総合病院精神科施設数 (a), 総合病院精神科病床 (b), 外来のみ総合病院精神科施設数 (c) の変遷

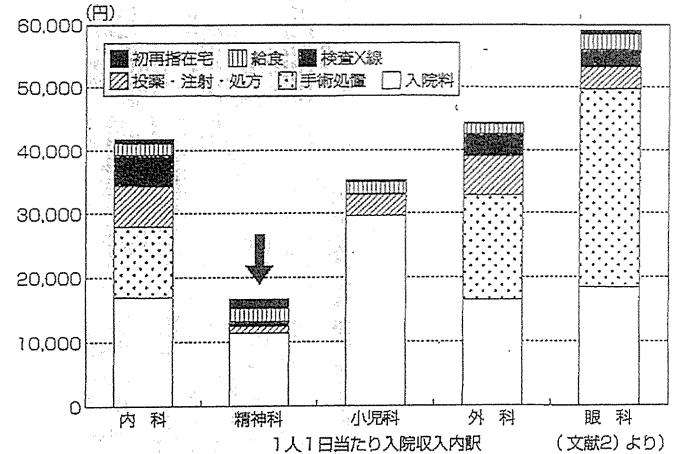
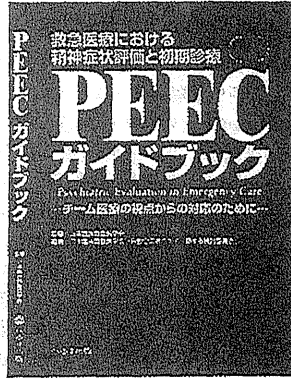


図5 患者1人1日当たりの入院収入 (他科との比較)



1 救急医療における精神症状評価の必要性とその実態について/2 精神症状や心理的危機を有する患者の初療アルゴリズム/3 自殺企図患者への対応/4 自傷・他害の恐れのある患者への対応/5 昏迷状態の患者への対応/6 アルコール/薬物依存が疑われる患者への対応/7 医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応/8 身体的治療の実態(基本的な部分のみ)/9 違法薬物摂取が疑われる患者の診察で留意すべき法的問題/10 行動制限(抑制・拘束)について/11 救急患者にみられる精神症状に対する病院前救護の要点/12 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点/13 救急医療における精神保健福祉士PSWの役割/14 救急医療における臨床心理士の役割

2 精神科救急医療の準備が整った現場で必要となる救急医療のケース

1 大量服薬を繰り返すパーソナリティ障害の事例、身体的な治療継続が必要だが退院要求が強い事例/2 自殺企図により搬送されたうつ病の事例、混乱している家族へのケアが必要な事例/3 合併する統合失調症により不穏・興奮を示す事例、ICUにおいて鎮静抵抗が強く、追加の向精神薬投与など対策を行う必要がある事例/4 覚醒剤などの違法薬物の中毒の事例、警察への連絡に苦慮する事例/5 アルコール中毒の事例(大量連続飲酒を続けて、救急に入院したのちに難治せん妄をきたすような事例)、退院後の精神科受診を頑なに拒否している事例/6 意識障害との鑑別が難しい転換性障害の事例(いわゆるヒステリーの事例)、今後の精査・治療につなぐための方路事例/7 パニック発作、過換気による頻度受診が問題となる事例

3 精神科救急医療システムとその課題

1 精神科救急医療システムとその課題/2 自殺企図者のケアに関する医療システム、相談窓口、社会資源/3 自殺予防対策の経緯/4 自殺で遭った人への支援/5 自殺事故の当事者となった医療スタッフのケア

参考文献/索引

図6 PEECガイドブック:表紙と目次

身体科救急スタッフが精神科的問題に対応するためのリソース

1. PEECの開発

実際に救急外来に来る精神科関連の患者は、自殺企図者のみではない。むしろ、過換気症候群、失神発作、アルコールを含む薬物依存、昏迷やせん妄など、精神症状への応急処置と身体科的問題の鑑別の必要性がある患者こそが受入れ困難例といえる。

日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」(委員長:三宅康史昭和大学医学部救急医学講座教授)では、日本精神科救急医学会、日本総合病院精神医学会の協賛、厚労省の後援を得て、救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者全般に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際の治療・ケアを行い、社会的、法的な問題を解決し、外来通院、日常生活に安全につながるための教育コースの開発を2011年より開始した。

救急医療における精神症状評価と初期診療コースとして、PEEC™(ピーク)コースと命名し、商標として登録した。ガイドブック(日本臨床救急医学会監修、同『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編集、へるす出版:図6)<sup>5)</sup>が2012年5月に上梓され、これを公式テキストとして、具体的なコース開発については開催準備ワーキンググループ委員会を設置した(委員長:東岡宏明関東労災病院救急統括部長)。2012年度内に4回のワーキンググループ委員会を開催し、プログラム、講義資料、ワークショップの内容確認、症例提示用パワーポイントの作成など準備を行ったうえで、2013年1月から3回にわたり、昭和大学臨床研修センターにおいてクローズドで受講生を募集し、トライアルコースを開催しブラッシュアップを行った。同年6月の第16回日本臨床救急医学会(会長:丹正勝久日本大学医学部附属板橋病院病院長)において、本コースの第1回公開コースが開催された。

コース受講の対象は、救急外来や救命救急センターの医師(研修医)、看護師のみならず、臨床

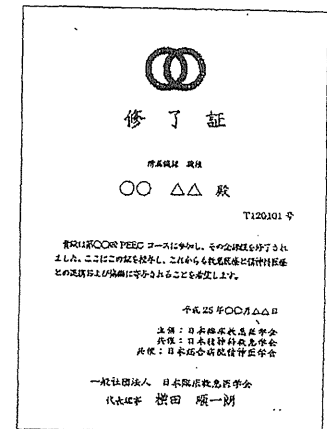
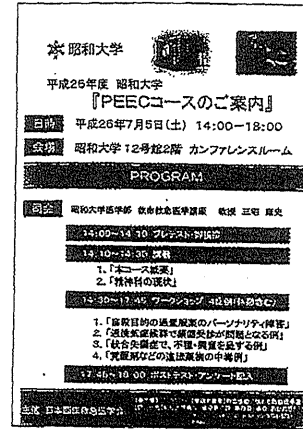


図7 昭和大学 PEECの案内 プログラム(左)と修了証(右:見本)

心理士、精神保健福祉士、薬剤師、そして救急隊員(救命救急士)までを対象としている。コンセプトとして、多職種で同じ問題を共有し議論することで、自らできること、他職種に協力すべき内容を理解し、単独では簡単ではない精神科+身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。また、精神科医のファシリテーター、精神科勤務の臨床心理士、精神保健福祉士をアシスタントに迎え、カウンターパートといえる彼らと深く議論し理解しあうことも、もう1つの目標といえる。ガイドブックを熟読すれば、救急外来や身体科入院中の精神症状の評価と初期診療には必要十分な内容であるが、日夜救急現場で奮闘するスタッフの、成人教育の特徴である「必要とするものを自ら支弁し手に入れる」熱意に応えるための研修コースを目指している。

2. PEECコースの実態

2014年に入り、東海大学医学部、国立病院機構熊本医療センターで複数回のPEECコースが開催されている。昭和大学における2014年第1回目となる7月開催のコースには、27名3グルー

プの定員に70名以上のエントリーがあり、ニーズの高さをうかがわせるものであった。コース案内(プログラム)と修了証を図7に示す。予め日本臨床救急医学会のPEECコースのホームページ<sup>6)</sup>に公開されたコースにインターネットを通じてエントリーし、受講が決まれば受講料(現状5,000円~8,000円)を振り込むことで受講が確定する。通常、コースは土曜の午後または日曜に4時間コースとして開催される。簡単な講義(20分)のあとに自己紹介、続いて4つの症例(45分×4症例)についてグループディスカッションを行う。症例の概要をビデオ(約5分)で確認したあと、具体的な問題点を挙げ、ファシリテーター、アシスタント、そして他職種の受講生とともに議論し、その解決策を探る。実際に解決はできなくとも、どのような問題があり、解決のために今できることは何かを参加者全員で知恵を絞り深く考えることだけでも大きな意味がある。

3. PEECの今後

コースの全国展開のために、最も重要かつ労力を要するのはファシリテーターの養成であり、これらの達成が今後の大きな目標となる。そのため2014年11月の第27回日本総合病院精神医学会総

会(つくば国際会議場, 会長: 朝田隆筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学教授)の全面協力と厚労科研補助金(研究課題名: 身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究: 研究代表者 伊藤弘人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部部長)の支援を得て, 会場でのコース開催が決定している<sup>3)</sup>。精神科領域の学会でこのコースを開催する意義は, 精神科スタッフへのPEECの紹介とともに, その理解を深めていただき, あわよくばその協力, 具体的にはファシリテーターやアシスタントになってもよいと考える方々のリクルートともいえる。これが達成できれば, 全国各地でコース開催回数を増やすことが可能となる。学びたい人がいつでも必要な知識や技術を会得することができる成人教育としての研修コースが地元で展開できれば, 多くの希望者が交通費をかけずに近隣の精神科スタッフをファシリテーターとするコースに参加できる。その結果, 翌日からの実際の救急現場で互いに顔の見える関係が構築されることで, 受講以上の効果が期待できるのである。

### おわりに

精神科疾患を有する救急症例では, 現実的な対応策として, ①自殺企図者は必ず医療機関への搬送が必要であること, ②初療においては身体科救急医療機関が対応すべきであり, 薬物過量摂取, 外傷, 出血性ショック, 低酸素血症などへの対応後, 標準的な自殺未遂者ケアを施しつつ精神科医の受診が可能となるまで加療を継続することが必要となること, ③できるだけ早いタイミングで精神科医, その後のケアへつなぐことが再発防止に必要であること, が挙げられる。また患者にとっては(身体科救急側にとっても)精神科受診がゴールではなく, より良いケアのための, それはスタートになるということを認識する必要がある。そのためにも, 身体科救急医療機関で日夜働くスタッフが, 精神科的問題を抱える救急患者の精

神科的評価をし, 一定水準の初期診療を身につけることは, 体制の整わない厳しい現状を緩和し, 患者を安心して受け入れるとともに, 患者, 家族の不安を取り除き, 次のステップへと進む時間を確保できることになる。

そしてPEECを開催する側の精神保健福祉士, 臨床心理士, 精神科医をファシリテーター, ファシリテーターアシスタントとして養成するとともに, 救急隊員, 在宅ケアの看護師や行政を担当する保健師などへもPEEC受講の範囲を広げて, 精神科クリニックの主治医など多職種との協力を得て, 同じ視点で連続したケアができる体制をとる必要がある。このコースを媒体として共通の言語と共通の価値観を有する人たちが増えることは, 敷居の低い, 顔の見える関係が, 救急医療スタッフと患者, その家族, そして精神科医療スタッフ, 行政担当者全体へと広がることを意味する。PEECがその一助となれば幸いである。

### 文 献

- 1) 今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会。編: 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて。2008年9月24日。
- 2) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会編: 総合病院精神科の現状と目指すべき将来—総合病院精神科のネクストステップ2009—。2009年11月15日。
- 3) 第27回日本総合病院精神医学会総会ホームページ: <<http://jsghp27.jtbcom.co.jp/index.html>> (2014. 6. 19)
- 4) 日本臨床救急医学会ホームページ: 各種研修コース, PEEC。<<http://jsem.umin.ac.jp/training/peec.html>> (2014. 6. 19)
- 5) 日本臨床救急医学会 監修/自殺企図者のケアに関する検討委員会 編: PEEC (救急医療における精神症状評価と初期診療) ガイドブック。へるす出版, 東京, 2012。
- 6) 総務省消防庁: 平成25年度救急業務のあり方に関する検討会報告書。<[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h25/kyukyuu\\_arikata/pdf/houkokusyo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h25/kyukyuu_arikata/pdf/houkokusyo.pdf)> (2014. 6. 19)
- 7) 東京都福祉保健局: 平成25年度救急医療の実際。

## 事例報告

PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)  
教育コースの普及とコンサルテーション・リエゾン精神科医の関与岸 泰宏<sup>1,2</sup>

【要旨】 救急医療現場に精神・行動の問題を併発した症例が搬送される機会が多い。身体疾患の治療とともに精神科医が並行して治療していくのが理想だが、現実的には精神科専門医療が利用できない医療施設も多い。このような現実から、救急医療スタッフを対象に、精神科医がいない状況での精神・行動の問題をもつ患者への標準的初期診療のための教育コース (Psychiatric Evaluation in Emergency Care: PEEC) が開発された。PEEC教育コースは、救急医療から精神医療へのつなぎを目的の一つとしている。現在のコンサルテーション・リエゾン精神医学の主要テーマは、身体疾患治療現場における精神・行動の障害のマネジメントと他(多)職種との連携である。コンサルテーション・リエゾン精神科医はPEEC教育コースの展開に積極的に関与し、医療の質の向上ならびに救急スタッフと精神医療スタッフの連携に努めたい。

索引用語：救急医療、精神疾患、コンサルテーション・リエゾン精神医学

## はじめに

“コンサルテーション・リエゾン精神医学(以下リエゾン精神医学と略する)”は、精神科を除く他の一般診療科において精神科医が患者の診断、治療管理、治療スタッフへの教育、研究活動へ参加することを内容とする臨床精神医学の一分野と定義されている。日本でのリエゾン精神医学の歴史は、救急医療の歴史と関係が深い<sup>1)</sup>。リエゾン精神医学は、救急医療の整備が始まった1960年代後半から、救急医療現場でみられる不眠、不安焦燥、せん妄などに精神科が体系的に関与することから始まっている。その後は学術的な研究

も進み、1980年代前半には精神科の中でリエゾン精神医学の概念が定着した。

各地で救命救急センターが救急医療の中心的存在として活動するようになると、精神・行動の障害を併発した症例、特に自殺企図症例への対応(精神症状、再自殺企図の防止、転院先など)が問題となった。救命救急センターでの自殺企図症例への対策のため、リエゾン精神科医が参加して日本救急医学会精神保健(旧衛生)問題委員会が組織され、1986年には救命救急センターに収容された自殺企図者についての調査も行われている<sup>2)</sup>。この委員会において自殺企図患者の調査票も作成され、現在まで多くの自殺の調査・研究が行われている<sup>3)</sup>。自殺対策以外にも救命救急センターで頻繁にみられるせん妄の調査も行われている<sup>4)</sup>。

このような流れのなかで、リエゾン精神医学に関心のある医師ならびに医療従事者が集い、1988年に第一回日本総合病院精神医学会総会が開催された。現在、一般社団法人日本総合病院精神医学会は、会員数が約2,000名に達している。2001年より専門医制度も開始され、2009年より一般病院連携精神医学専門医(略称：精神科リエゾン専門医)の名称で広告可能となっている。リエゾン精神医学と救急医療の歴史的な関係

の深さばかりでなく、救急医療現場での昨今の自殺企図症例の増加や、高齢化に伴う精神・行動の問題を併発した症例の増加もあり、日本総合病院精神医学会は積極的に救急医療への関与を続けていく方針をとっている。例年、日本総合病院精神医学会において救急医療の専門家を招いてシンポジウムを開き、交流を深めている。

このように、リエゾン精神科医ならびに日本総合病院精神医学会は積極的に救急医療における精神医学的問題に関与する意向であるが、問題も生じている。救急医療を主に行っている総合病院では、人員不足や採算性の問題から精神科病床が減少している<sup>5)</sup>。総合病院の定義にもよるが、現在、半数以上の総合病院には精神科はない。本来であれば、精神科医が救急医療現場で精神・行動の問題に対処すべきであるが、現実問題としては不可能な施設が多い。

このような背景から、日本臨床救急医学会においてリエゾン精神科医も参加する“自殺企図者のケアに関する検討委員会”が組織された。この委員会が中心となり、自殺企図患者への対応マニュアル<sup>6)</sup>作成ならびに厚生労働省とともに救急スタッフへの自殺企図患者への対応に関する教育ワークショップ<sup>7)</sup>を開催している(2013年度からは日本臨床救急医学会主催による教育ワークショップも並行して開催)。これらは、救急医療現場から精神科専門医療へのつなぎ(精神科医が現場にいない状況を想定)を目的としている。

同様に、自殺企図のみならず、その他の精神・行動の問題が併発している症例も多いことから、PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) 教育コースが作成され、ガイドブックも出版されている<sup>8)</sup>。この教育コースの主な目的は、“救急外来や救急病棟・救命救急センターの医療スタッフ(特に研修医と看護師)を対象に、精神科医がいない状況(少なくとも翌朝まで)での精神科的状況を呈する患者への、安全で患者にとっても安心な標準的初期診療ができる”こととしている<sup>9)</sup>。

例として、下記のような症例の場合にどのような対応が好ましいのかをPEEC教育ワークショップで議論していく。

## 症例 A

22歳女性。18歳ころより“パニック障害・うつ状態”の診断にて精神科クリニックに通院している。リストカットを数回行ったことがあるが救急搬送された

ことはなかった。派遣会社に登録して勤務しているが、職場での対人関係での悩みや、交際相手との関係悪化から、2カ月前に処方薬を大量に服薬し、救急搬送された。それ以降、交際相手との口論が絶えず、1カ月前にも大量服薬で他院の救急外来に搬送されている。2週間前にはリストカットと大量服薬で再度他院の救急外来に搬送されている。今回は、交際相手との口論のあと、飲酒し、処方薬を大量に服用。また、両手首・上肢のリストカットを行い救急搬送された。救急処置を行い身体的には落ち着いた。患者は“早く帰りたい”と口にしてしている。

救急外来や救命センターでよくみられる症例であり、救急医療者にネガティブな感情を与えることが多い。医療スタッフは“本当は死ぬ気はないのでは?”“注目を浴びたいだけでは?”といった感情を抱きやすい。しかし、その考えは誤りであることが多くの研究で指摘されている。この症例は自殺企図を繰り返しているが、一度自殺企図を行った症例は確かに繰り返しやすい。自殺企図症例の15%強は1年以内に再企図を行い、25%は4年以内に再企図を行う<sup>10)</sup>。さらには、自殺を完遂する危険性も高い。自殺企図患者の0.5~2.0%は1年以内に自殺で死亡する<sup>11)</sup>。9年間の自殺企図患者のフォローアップでは、6~7%が自殺で死亡することがわかっている<sup>12)</sup>。特に、繰り返し自殺企図を行う患者(中でも女性)は、自殺での死亡の危険性が高い<sup>13)</sup>。また、救急医療現場で、精神科的なアセスメントの有無がその後の再自殺企図に関連していることも指摘されている<sup>14)</sup>。内閣府の共生社会政策の一つに自殺対策基本法が定められており、現在、自殺予防が重要政策の一つとなっているが、“自殺未遂者の再企図予防”が自殺予防の中で最も重要であることがわかっている。このような事実から、救急医療現場での自殺企図症例に対する再企図を見据えたケアが特に重要となる。

## PEEC教育ワークショップでの検討

PEEC教育ワークショップでは、自殺企図患者への接し方、具体的な話し方、自殺再企図の危険性の評価、再企図防止をふまえて、退院までしておくべきことなどを議論していく(本症例の場合には、自殺企図手段・行動が短期間に複雑化・重篤化しており、精神科への入院が好ましい)。自殺企図にはさまざまな要因が関与している。身体的問題、精神的問題、社会

Development of PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) educational course and collaboration of consultation-liaison psychiatrists  
Yasuhiro KISHI

<sup>1</sup> Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, <sup>2</sup> Director, The Japanese Society of General Hospital Psychiatry, Chair, Committee for International Academic Affairs

<sup>3</sup> 日本医科大学武蔵小杉病院精神科, <sup>4</sup> 日本総合病院精神医学会理事・学術交流委員会委員長  
【原稿受付日：2013年10月31日 原稿受理日：2014年6月24日】

の問題、医療との関係などさまざまな問題が絡み合っ  
て自殺に至るため、行政や社会福祉士など多職種の間  
を含めた包括的な評価・フォローが重要となる。大  
多数の施設では理想的なリソース（資源）は不足して  
おり、「救急医療チームとして、何が必要か、それを  
得るために誰と連携し、どこにつなげればよいか、  
精神科への相談・専門医療施設への転送までに最低限  
何をしておくか」などを、理想的なリソースが不足し  
ていても、自施設の現有リソースでの代替方策をひね  
り出すのも PEEC 教育コースの大きな目的である<sup>7)</sup>。

自殺企図患者に最も接するのは看護師、特に救急病  
棟や集中治療室で働く看護師であることが多い。しか  
し、自殺企図患者に対するケアは適切に行われている  
とは考えておらず、自殺企図患者に対するケアのト  
レーニング不足、今後のトレーニングの必要性を認識  
している看護師が大多数である<sup>14)</sup>。また、「自殺企  
図患者の看護はやっぱり、理解・共感を行うことは困  
難」と考える看護師は多い<sup>15)</sup>。救急外来や集中治療室  
勤務の看護師の自殺企図患者に対する理解・共感・看  
護意欲は低い、一方で精神科病棟勤務看護師ならび  
に精神科経験のある看護師は、自殺企図患者に対する  
共感度・看護意欲は高い<sup>14)</sup>。

このことより、自殺企図患者に対するケアの知識向  
上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の共  
感・対応・意欲に変化をもたらす可能性が示される。  
欧米においては、トレーニングプログラムを行うこと  
で、自殺企図患者への理解・看護意欲の向上が認めら  
れたとの報告もある<sup>16)</sup>。日本においても、先に述べた  
自殺企図患者への対応に関する教育ワークショップを  
行うことで、自殺企図患者への理解ならびに看護意欲  
が向上することが確認されている<sup>19)</sup>。特に、救急現場  
の看護師は自殺企図患者とのファースト・コンタクト  
となる場合が多く、治療介入を円滑に進めるための第  
一步として自殺企図患者への理解ならびに看護意欲の向  
上は大切である。

救急領域とは異なるが、糖尿病患者のケアにおいて、  
高い共感を示す担当医師の患者は、そうでない医師の  
患者よりも合併症が40%以上少ないことが示されてい  
る<sup>19)</sup>。このことから、医療者の共感は患者の予後に影  
響を与える“臨床能力の中で重要なもの”であること  
が示唆され、PEEC 教育コースによる理解・共感・意  
欲の向上が患者の予後に好影響を与えることが期待さ  
れる。

## 症例 B

21 歳無職男性。バイクの単独事故で搬送。精神科  
受診歴や薬物依存歴は不明。身体のあちこちにタ  
トゥーがある。外傷の処置を行い、安静が必要であ  
る。しかし、“タバコを吸わせろ”などの要求が多く、  
些細なことでイライラし、看護師への暴言も目立つ。  
現在、医療スタッフの対応が悪いと非常に興奮してい  
る。どのような対応が好ましいか？

興奮した患者への対応などは、体系だった方策の教  
育機会は少ない。精神疾患の有無に関わらず、興奮し  
た患者への基本的な対応方法を知っておく必要があ  
る。これは“非薬物による鎮静”と呼ばれ、救急外来  
などで有用である<sup>19)</sup>。スタッフの安全ばかりでなく患  
者の不要な拘束も減らすことが可能になる。

## PEEC 教育ワークショップでの検討

PEEC 教育ワークショップにおいては、非言語性の  
コミュニケーションの重要性ならびに言葉による鎮静  
を含めた具体的・推奨されている方策を紹介してい  
く。また、暴力を受けたスタッフがいた場合、そのス  
タッフへの対応などについても議論していく。

そのほかにも、過換気症候群への対応、違法薬物使  
用患者が搬送されてきた場合の対応、アルコール依存  
症（離脱症状）への対応、解離性障害への対応などを  
用意している。

## 結 論

リエゾン精神科医としての課題は、PEEC 教育ワー  
クショップを全国展開していくうえでのファシリテ  
ーターの養成である。日本総合病院精神医学会として  
積極的にファシリテーター養成に関与してゆく意向で  
あり、養成プログラムも進められている。また、この  
PEEC 教育ワークショップの評価をどのように行って  
いくかも考慮する必要がある。さまざまな指標がある  
が、総合的アウトカムの評価が必要である。

リエゾン精神科医が多く集まる日本総合病院精神医  
学会の主要テーマは、身体疾患治療現場における精  
神・行動の障害のマネジメントと他（多）職種との連  
携であり、日本臨床救急医学会と緊密な連携をとりな  
がら医療の質の向上に寄与したいと考えている。

総合病院、特に救急医療現場は精神・行動の障害を  
もつ患者の精神科治療への大切な入り口となること

多く、そこでの対応が患者のその後の精神医療への受療  
行動・予後を決める大きな要因の一つとなる。PEEC 教  
育コースの普及は双方の学会の理念とも合致し、PEEC  
教育コースを通じて、救急医療のスタッフと精神医療  
者の連携が進むことを期待する。

本稿の一部は、第 16 回日本臨床救急医学会のシンポジウ  
ム“精神科救急と教育コース”にて“PEEC (Psychiatric  
Evaluation in Emergency Care) と日本総合病院精神医学会”  
として発表した。

## 文 献

- 1) 岸泰宏、黒澤尚：救急医療におけるコンサルテーション・  
リエゾン精神医学。日救急医学会誌 2010; 21: 147-58.
- 2) 岸泰宏、黒澤尚：救命救急センターに取寄せられた自殺者の  
災害のまとめ。医学のあゆみ 2000; 194:588-90.
- 3) 日本救急医学会精神保健問題委員会：せん妄の治療：全国  
の第三次救急施設へのアンケート調査結果。日救急医学会誌  
1992; 3: 93-7.
- 4) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会：総合病  
院精神科の現状とめざすべき将来—総合病院精神科のネク  
ストステップ 2009—。総合病院精神医学 2010; 22 (suppl):  
1-15.
- 5) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員  
会」：自殺未遂患者への対応：救急外来 (ER)・救急科・救命  
救急センターのスタッフのための手引き (平成 20 年 3 月)  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/jisatsu/  
index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/jisatsu/index.html).
- 6) Hirata M, Kawanishi C, Oyama N, et al: Training workshop  
on caring for suicide attempters implemented by the  
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Psychiatry  
Clin Neurosci. 2013; 67: 64.

- 7) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員  
会」：救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガ  
イドブック。へるす出版、東京 2012.
- 8) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal  
repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry  
2002; 181: 193-9.
- 9) Zahl DL, Hawton K: Repetition of deliberate self-harm  
and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of  
11,583 patients. Br J Psychiatry 2004; 185: 70-5.
- 10) Hickey L, Hawton K, Fagg J, et al: Deliberate self-harm  
patients who leave the accident and emergency department  
without a psychiatric assessment: a neglected population at  
risk of suicide. J Psychosom Res 2001; 50: 87-93.
- 11) Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, et al: Attitudes of  
Japanese nursing personnel toward patients who have  
attempted suicide. Gen Hosp Psychiatry 2011; 33: 393-7.
- 12) Samuelsson M, Asberg M: Training program in suicide  
prevention for psychiatric nursing personnel enhance  
attitudes to attempted suicide patients. Int J Nurs Stud  
2002; 39: 115-21.
- 13) Kishi Y, Otsuka K, Akiyama K, et al: Effects of training  
workshop on suicide prevention among emergency room  
nurses. Crisis (in press)
- 14) Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al: The relationship  
between physician empathy and disease complications: an  
empirical study of primary care physicians and their  
diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med 2012; 87: 1243-  
9.
- 15) Knox DK, Holloman GH, Jr.: Use and avoidance of  
seclusion and restraint: consensus statement of the  
american association for emergency psychiatry project  
Beta seclusion and restraint workgroup. West J Emerg  
Med 2012; 13: 35-40.

## VII. 睡眠障害（睡眠時無呼吸症候群）

久留米大学 医学部 神経精神医学講座

小鳥居望 内村直尚

従来の閉塞性無呼吸症候群（obstructive sleep apnea：以下 OSA）の定義では、日中の眠気などの臨床症状を伴わない場合は、睡眠1時間あたりの無呼吸低呼吸数（apnea hypopnea index：以下 AHI）が5以上でも OSAに

は含まれなかった。しかし ICSID-2<sup>1)</sup> では、無呼吸・低呼吸、および呼吸努力関連覚醒などの呼吸イベントが1時間に15回以上の場合は、このような臨床症状がなくても OSA と診断することとなった（表1）。このような定義の変

①成人のOSAに関するICSD-2診断基準	
[診断基準：AとBとD、またはCとDの基準を満たす]	
A. 少なくとも以下の1つ以上が該当	
① 覚醒中の睡眠発作、日中の眠気、熟眠感の欠如、疲労感、不眠	
② 呼吸停止、喘ぎ、または窒息感で覚醒	
③ ベッドパートナーによる大きないびき、あるいは/かつ呼吸停止を報告	
B. PSGによる以下の所見	
① 1時間当たり5回以上の呼吸イベント（無呼吸、低呼吸、または呼吸努力関連覚醒）	
② 各呼吸イベントのすべて、または一部で呼吸努力を認める*	
C. PSGによる以下の所見	
① 1時間当たり15回以上の呼吸イベント（無呼吸、低呼吸、または呼吸努力関連覚醒）	
② 各呼吸イベントのすべて、または一部で呼吸努力を認める*	
D. 障害が他の睡眠障害、身体疾患や神経疾患、薬物または他の物質使用では説明できない	
*呼吸努力関連覚醒の場合は食道内圧測定での確認がもっとも望ましい	
②成人のCSAに関するICSD-2診断基準	
A. 患者が以下の少なくとも1つを報告	
① 日中の強い眠気	
② 頻回の中途覚醒・完全覚醒、または不眠	
③ 呼吸困難による完全覚醒	
B. PSGで睡眠1時間につき5回以上中枢性無呼吸が確認される	
C. 障害が他の睡眠障害、身体疾患や神経疾患、薬物または他の物質使用では説明できない	

表1 ICSID-2の診断基準

(American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders, 2nd edition: Diagnostic and coding manual. American Academy of Sleep Medicine, Westchester, 2005<sup>1)</sup> より引用)

更には、たとえ臨床症状がなくても、呼吸イベントが多くての身体疾患の発現や増悪に関わるというエビデンスの蓄積が背景にある。

本稿では、循環器領域の疾患における睡眠時無呼吸症候群の合併の実態と診断・治療に関して概説する。なお、本稿では各文献の検討内容により、OSAと睡眠呼吸障害（sleep disordered breathing：以下 SDB）が混在する形になっているが、SDBに関してはICSD-2<sup>1)</sup>の分類に基づいた「睡眠に関連して発病または増悪する呼吸・循環障害」（表2）を総称したものである。

1) 中枢性睡眠時無呼吸症候群
◆原発性中枢性無呼吸
◆病的状態による他の中枢性無呼吸
チェーン・ストーグス呼吸パターン
高地での周期性呼吸
上記でない中枢性無呼吸
◆薬物・物質による中枢性無呼吸
◆乳児の原発性睡眠時無呼吸
2) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群
◆閉塞性無呼吸（成人）
◆閉塞性無呼吸（小児）
3) 睡眠関連低換気/低酸素症候群
◆睡眠関連非閉塞性肺泡低換気・特発性
◆先天性中枢性肺泡低換気症候群
4) 病的状態による睡眠関連低換気/低酸素
◆肺実質あるいは血管疾患による睡眠関連低換気/低酸素
◆気道閉塞による睡眠関連低換気/低酸素
◆神経筋あるいは胸壁疾患による睡眠関連低換気/低酸素
5) 他の睡眠呼吸障害
◆分類不能

表2 睡眠呼吸障害（SDB）のICSD-2の診断分類

(American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders, 2nd edition: Diagnostic and coding manual. American Academy of Sleep Medicine, Westchester, 2005<sup>1)</sup> より引用)

## A 疫学

一般人口におけるOSAの有病率のもっとも大規模な疫学調査は、米国の30～60歳の公務員を対象としたもので、AHIが5以上は男性24%、女性9%、15以上は男性9%、女性4%であった<sup>2)</sup>。これに対し、心不全患者への中枢性も含めたSASの合併頻度はAHIが10以上で約70%、15以上で約50%と高い<sup>3)</sup>。また一般人口では1%以下とまれな中枢性睡眠時無呼吸（central sleep apnea：以下 CSA）（表1）は、慢性心不全患者の33～38%（AHI15以上）に合併する<sup>3)</sup>。

疾患別にみると、本態性高血圧では約30%にOSAが合併し、逆にOSAの約50%に高血圧を認め、AHIの重症度と血圧間には肥満度の補正後も正の相関がある<sup>4)</sup>。また、薬剤抵抗性の高血圧患者への合併率は83%（AHI≥10）と極めて高い<sup>5)</sup>。OSAが伴う高血圧患者の特徴としては、夜間に血圧が下がらない non-dipper型や riser型が多いことが挙げられる。肺高血圧もOSAに多く合併する（17～42%）<sup>6)</sup>が、OSAが肺高血圧に対する独立した寄与因子であるかはまだ結論が出ていない。

冠動脈疾患では、病態が安定した状態で34%にSDB（AHI≥10）が合併し、またOSAは冠動脈疾患の独立した危険因子（オッズ比1.27）であることが示されている<sup>7)</sup>。

不整脈においても、SDBは高い関連因子である。心房細動は、重症SDB（AHI≥30）にオッズ比4.02と高い頻度（4.8%）で合併する<sup>8)</sup>。洞徐脈、洞停止、房室ブロックなどの徐脈性不整脈も、SDB患者の約5～10%で認められるほか、SDB患者の20%に心室期外収縮が、3%に非持続性心室頻拍が認められた<sup>9)</sup>。

近年、大動脈の拡張にOSAの合併が及ぼす影響についてもデータが累積しており、大動脈疾患の危険因子としても注目されている。Ser-



izawaらは睡眠検査を行った150例で、大動脈径 $\geq 35$  mmの患者の約90%にOSAが合併していたことを報告している<sup>10)</sup>。

## B 成因

OSAの成因は、ほとんどが気道で唯一の虚脱部位である咽頭の閉塞による。肥満があると、軟部組織の発達や過度の脂肪沈着により咽頭が狭小化するだけでなく、咽頭周囲の組織圧の増大によりわずかの圧降下でも気道が閉塞する。日本人を含めたアジア人種では欧米人より肥満の頻度は低いが、遺伝学的に長顔・下顎の後退・小顎症など、咽頭部の狭小化と関連する形態異常の頻度が高い。小児では、扁桃肥大や、巨舌を呈する内分泌疾患に随伴する二次性OSAが多い。

一方、CSAの機序には呼吸調節システムの不安定性が大きく関与する。睡眠中は高位中枢からの呼吸刺激が遮断され、換気はもっぱらCO<sub>2</sub>濃度に依存する「負帰還システム」で制御される。しかしこのシステムは低酸素血症や交感神経の過緊張によるCO<sub>2</sub>感受性の上昇や、循環時間の延長による呼吸中枢への情報伝達遅延で不安定になりやすく、この条件が揃う心不全患者ではチェーン・ストークス呼吸(Cheyne-Stokes respiration: 以下CSR)が生じやすい。循環器疾患に合併するCSAには主に心房細動に合併するものと、心不全に合併するものがあるが、両者は心拍量と循環時間の延長の程度により、無呼吸と過呼吸の周期に差が認められる。(心不全  $59 \pm 5$  秒 v.s. 心房細動  $41 \pm 12$  秒)<sup>11)</sup>。

## C 循環器疾患に合併するSDBのスクリーニングとPSGによる診断

診察では、肥満や扁桃肥大、小顎、下顎の後

退の有無に注目し、問診ではいびき、睡眠中の呼吸停止の有無を、本人だけでなく家族にも注意深く聞くことが重要である。とくに、上気道の狭窄を意味するいびきは注意サインとして重要で、OSAの93%にいびきを認め、いびきをかく者の30%以上にOSAが伴う。自覚症状として多いのは、眠気、起床時の頭痛や口乾、これらは体重の増加と時間的に関連することが多い。一方、CSAが多い心不全患者では眠気が生じにくい<sup>12)</sup>。そのため無自覚のまま進行しやすいと考えられるが、CSAでも無呼吸中の筋交感神経活性、心拍変動、体血圧、心拍数、脳血流などの周期的変動が予後を左右するため、スクリーニングの意義は高い。

SDBはその名の通り睡眠時の事象に限った呼吸異常を指し、その抽出には終夜睡眠ポリグラフ検査(Polysomnography: 以下PSG)による睡眠判定が必要だが、PSGが可能な施設は限られ、医療報酬による制約もある。そのため実際にはPSGを行うべき症例を、在宅で可能な簡易ポリグラフ検査(以下、簡易検査)や経皮的動脈血酸素飽和度(SpO<sub>2</sub>)モニター装置によるスクリーニングで抽出している。

SpO<sub>2</sub>モニターでは1時間当たりに酸素飽和度が低下した回数が酸素飽和度低下指数(oxygen desaturation index: 以下ODI)として評価され、3%低下した回数は3% ODI、4%低下した回数は4% ODIと表現する。SpO<sub>2</sub>は肥満度が高いほど落ちやすく、非肥満者は無呼吸があってもSpO<sub>2</sub>に反映されにくい。そのためSASの抽出に望ましいカットオフ値は肥満者より低くなる。

簡易検査は、保険診療で「鼻気流、いびき音、SpO<sub>2</sub>モニターによるSpO<sub>2</sub>の最低3項目が測定できる機器」と規定されている。簡易検査では、全測定時間に認められた無呼吸低呼吸の回数を記録時間で割った数値をAHIとするが、睡眠時間は把握できないため、睡眠効率が低い

ほどAHIは過小評価される。そのため、PSGのAHIと区別して呼吸障害指数(respiratory disturbance index: 以下RDI)と表現されることもある。RDIが40を超える場合は、閉塞性であればPSGをしなくてもCPAP導入が可能だが、その判別には呼吸運動センサーを装備した機器を用いた場合のみ可能である。一般的には $5 \leq RDI < 15$ で、自覚症状がなければ必ずしもPSGの必要はないが、循環器患者ではとくに夜間の虚血発作の既往や早朝高血圧がみられる症例では積極的に行うべきである。

PSGが簡易検査と異なる点は、脳波とオトガイ筋筋電図により睡眠と覚醒の区別が付き、さらに眼球運動を加味することで睡眠段階の判定も可能な点である。睡眠段階との関連では、OSAは全身の骨格筋が弛緩するレム睡眠期に生じやすいが、CSAは逆に呼吸筋の脱力により過呼吸が生じないレム睡眠期には消失する。また、眠気の原因となりとくに心不全患者に多い周期性四肢運動障害などの鑑別ができることも、PSGの大きな利点である。

## D 血行動態や交感神経活性、神経体液性因子への影響

OSAでは上気道の閉塞による、吸気時の胸腔内の陰圧が繰り返して生じるが、これは外部から心臓全体を吸引するようなもので、心室収縮に抗う力を生じさせ、直接的に心収縮に悪影響を与える。胸腔内が陰圧になると静脈還流とともに右心系の容積が急激に増大し、心室中隔が左室側に変位する。その結果、左室の収縮・拡張が妨げられ左心機能が一過性に低下する。とくに心拍量や血圧の回復が遅延する不全心では、無呼吸時に心機能がさらなる悪化を来す。また、低酸素状態は心筋虚血や肺動脈圧の上昇をもたらす。心筋虚血は心房肥大、左室収縮能および拡張能の低下に影響し、肺動脈圧の上昇

は、短・中期的な右心機能の悪化の要因になり得る。

交感神経活動の活性は、反復する高度の胸腔内の陰圧・低酸素血症・高炭酸ガス血症により短期的・長期的に亢進する。この交感神経系の亢進は夜間のみならず、日中も続くことが確かめられており、CSRを伴った中枢性無呼吸(CSR-CSA)でも同様の所見が確認されている<sup>13)</sup>。交感神経活性の慢性的な亢進は、血圧の上昇、左室後負荷の増大、心拍数増加による左室拡張能の低下、催不整脈作用などを及ぼす。

また、OSAでは間欠的な低酸素血症や高炭酸ガス血症が酸化ストレスを増加させ、炎症反応の増強、それによる血管内皮細胞機能障害により、動脈硬化の加速や心血管イベントの増加に間接的に関与する。レニン-アンジオテンシン-アルドステロン(RAA)系の亢進は、血圧を上昇させるだけでなく、アンジオテンシンIIやアルドステロンが直接的に酸化ストレスや炎症、繊維化を引き起こして動脈硬化の進行に関わる。とくに治療抵抗性高血圧患者では、OSAの重症度と血漿アルドステロン濃度が相関する<sup>14)</sup>。また血漿脳性ナトリウム利尿ペプチド(Brain natriuretic peptide: 以下BNP)値は、とくに重症OSA患者では左室肥大を予測するマーカーとなりうる<sup>15)</sup>。動脈硬化に関連し、心血管イベントの発症予知因子として注目されている炎症性サイトカインのC-reactive protein(CRP)値やinterleukin-6(IL-6)値もOSAが重症なほど、肥満とは独立して上昇する<sup>16)</sup>。

CSAについては、CSR-CSAを合併した慢性心不全患者では、非合併例と比べて血漿BNP値の上昇が報告されているが<sup>17)</sup>、CSR-CSA自体が心不全の重症化を示す所見であるため直接的な影響の評価は難しく、炎症や酸化ストレスに及ぼす影響はまだ明確ではない。

## E OSA への治療選択

OSA の治療法は、理学的所見と PSG や簡易検査の結果により選択される。ほとんどの症例では、最終的に経鼻的持続陽圧呼吸療法 (Continuous Positive Airway Pressure: CPAP)、口腔内装置 (oral appliance: OA)、外科的治療のいずれかが選択される。

CPAP 療法は、1981 年に導入された対症療法で、中～重症の OSA の第一選択である。睡眠中に上気道を陽圧状態に維持して上気道軟部組織を押し上げ、気道の閉塞により OSA の発症を予防するもので、PEEP 効果による肺容量の増加が上気道を開大させるという間接的効果も報告されている。我が国の保険適応は PSG で AHI が 20 以上で、眠気などの自覚症状がある症例だが、海外では AHI が 20 以下でも循環器疾患の既往がある場合や、眠気等の自覚症状がある場合は治療を試みるべきとされている。また、眠気の有無に関わらず AHI が 30 を超える群では、非 OSA 群と比べて all-cause mortality が悪化することが明らかになっており<sup>18)</sup>、AHI が 30 以上なら自覚症状がなくても CPAP を行うべきである。

OSA 患者に対する CPAP 療法の効果は、睡眠の質や日中の眠気の改善のほか、交感神経活性の抑制、降圧作用、血清の TNF- $\alpha$ ・IL-6・CRP など炎症マーカーの低下、血管内皮機能の改善、左室拡張能の改善、血清レプティン濃度の低下、血小板凝集の抑制など多岐に渡り、心血管イベントの抑制に寄与すると考えられる。一般住民を対象においた前向き研究では、重症患者での心血管イベントのリスク (3.17 倍) が、CPAP 治療により 1.42 倍まで減少することが報告されている<sup>19)</sup>。その降圧効果は限定的とするものもあるが<sup>20)</sup>、non-dipper 型では睡眠中の血圧が限定的に下がり dipper 型に回復するという<sup>21)</sup>。

OSA については、CPAP の予後改善効果がほぼ確立されているが、問題は低い治療継続率 (65~90%) で、治療アドヒアランスは生命予後にも影響するため、必要に応じた圧の設定変更や加湿器の併用等、きめ細やかな対応が必要である。

口腔内装置は、下顎を強制的に前方へ移動させ固定する装置 (mandibular advancement device: MAD) が用いられることが多く、小顎症や下顎後退のある場合に有効である。我が国においては 2004 年 4 月より SAS に対する OA の使用が健康保険の適用となった。適応となるのは、主に AHI が 20 前後の軽症～中等症例で、顔面形態や自覚症状、合併症などを総合的に判断して、CPAP 療法との選択が判断される。

外科的治療が第一選択となるのは、小児の SAS で扁桃肥大やアデノイド増殖症が主な無呼吸の原因である場合で、扁桃およびアデノイド摘出術が行われる。成人でも扁桃肥大が重度の場合は、摘出術により CPAP 療法が容易になることがある。その他、口蓋垂状口蓋咽頭形成術 (UPPP)、その変法のレーザー口蓋弓口蓋垂形成術 (LAUP) や、小顎症への顎形成術が挙げられる。

肥満を伴う患者への減量や、飲酒や喫煙、睡眠導入剤の服用などの悪化因子に関する生活指導は全例に行うべきだが、そのみで治療可能な症例は少なく、とくに中等症以上では CPAP や口腔内装置などに併用して行う。他の併用療法としては、側臥位を維持する体位療法がある。枕や背中にテニスボール大のボールが入ったベルト、体位アラームなどの寝具や装置などを使用するものがあり、とくに体位依存性の症例や、他の治療法が困難である場合には推奨され、軽症例には単独で行われることもある。

## F CSA への治療選択

循環器疾患に合併する CSA への CPAP による治療意義は、OSA ほどは明らかではない。最近行われた大規模研究では、心不全に合併した CSA への治療介入 (CPAP 療法) は、左室収縮能や血漿ノルエピネフリン濃度を改善させた<sup>22)</sup>。ただし、長期予後には影響を与えなかった<sup>23)</sup>。ただ、CPAP により急性の効果が得られない non-responder (約 40%) を除いた responder では、post-hoc 解析で有意な長期予後の改善が得られており<sup>23)</sup> (図 1)、「循環器領域にお

る睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン<sup>24)</sup>では、CPAP 導入の際に① acute CPAP titration を行って responder か否か、② 右心不全や左室充満率の低下例などに見られる CPAP による血行動態の悪化の有無、などの確認をすべきことが明記されている。

吸気時と呼気時で圧が変化し、自発呼吸の消失時もバックアップ換気が行われる bi-level PAP は CSA の呼吸イベントの抑制や CPAP の non-responder への有効性<sup>25)</sup> が報告されている。さらに、この bi-level PAP を発展させた、呼吸状態により呼吸補助の程度が変化する

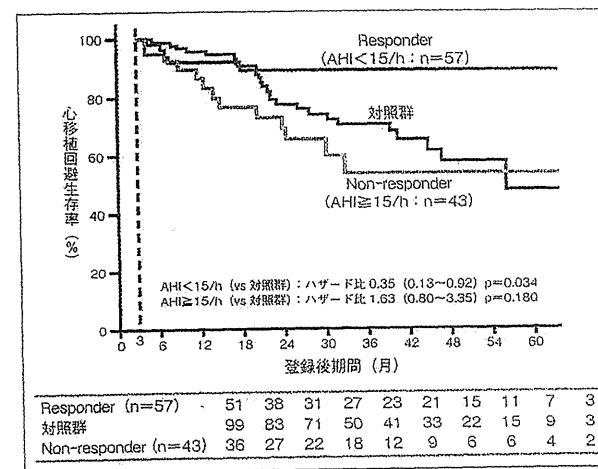


図 1 CANPAP 試験の post-hoc 解析

CSA を合併した心不全例を CPAP 治療群と对照群に分けて長期予後 (死亡と心移植術施行を回避できたか否か) を比較した無作為化対照試験 (CANPAP 試験) において、試験開始の 3 ヶ月後の 2 回目の PSG 検査で、CPAP 群 100 例をさらに AHI が 15/hr 以上残存した non-responder 群 43 例と、15/hr 未満に改善した responder 群 57 例に分け、それぞれを無治療の对照群と比較した。その結果、non-responder 群は对照群に比べ同様にしくは予後不良の傾向がみられたが、responder 群は有意に予後が良好であった。

(Azt M, Floras JS, Logan AG, et al.: Suppression of central sleep apnea by continuous positive airway pressure and transplant-free survival in heart failure: a post hoc analysis of the Canadian Continuous Positive Airway Pressure for Patients with Central Sleep Apnea and Heart Failure Trial (CANPAP). Circulation. 115: 3173-3180, 2007<sup>23)</sup> より引用)

ASV (adaptive servo ventilation) は, CPAP や bi-level PAP を上回る治療効果<sup>26)</sup> (図 2) と治療コンプライアンス<sup>27)</sup>があり, また OSA の混在例への有効性<sup>28)</sup>も示されている。しかしながら, bi-level PAP・ASV とともに健康保険適用の明確な基準のない我が国では, まず CPAP を導入し, non-responder や忍容性が低い場合のみ導入を考慮するのが妥当である。

慢性心不全に合併した CSA に対する酸素療法 (home oxygen therapy: HOT) は, 我が国のみで正式に認められている治療法で, 夜間就寝中に 1~4L/min の酸素を投与するものである。ガイドラインでは, 適応基準として「NYHA クラスⅢ以上で CSR があり, PSG で AHI $\geq$ 20 以上の者」とされている<sup>24)</sup>。我が国で行われた多施設共同無作為試験では, CSA の改善とともに QOL や運動耐容能の改善が認められ, 観察期間 (52 週) の後半では心イベント率の減少が示された<sup>25)</sup>。

炭酸脱水酵素阻害薬のアセタゾラミドは, SAS に対する薬物療法として医療保険適応が取れている唯一の薬剤だが, 代謝性アシドーシスや電解質異常などの副作用があり, とくに心不全に対する長期使用の有効性及び安全性は確立されていない。CSA に対しては, その原因で

ある心不全自体の治療であるアンジオテンシン変換酵素阻害薬,  $\beta$  交感神経遮断薬, 利尿剤などの薬物療法や, 心臓再同期療法 (CRT) や心移植などが, 循環動態の改善を介して CSA を減少させることが報告されている。

◆ 参考文献 ◆

- 1) American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders, 2nd edition: Diagnostic and coding manual. American Academy of Sleep Medicine, Westchester, 2005.
- 2) Young T, Palta M, Dempsey J, et al.: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*, 328: 1230-1235, 1993.
- 3) Levy P, Pepin J, Tamisier R, et al.: Prevalence and impact of central sleep apnea in heart failure. *Sleep Med Clin*, 2: 615-621, 2007.
- 4) Nieto FJ, Young TB, Lind BK, et al.: Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. *Sleep Heart Health Study*. *Jama*, 283: 1829-1836, 2000.
- 5) Logan AG, Tkacova R, Perlikowski SM, et al.:

Refractory hypertension and sleep apnoea: effect of CPAP on blood pressure and baroreflex. *Eur Respir J*, 21: 241-247, 2003.

- 6) Bady E, Achkar A, Pascal S, et al.: Pulmonary arterial hypertension in patients with sleep apnoea syndrome. *Thorax*, 55: 934-939, 2000.
- 7) Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al.: Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 163: 19-25, 2001.
- 8) Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, et al.: Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: The Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 173: 910-916, 2006.
- 9) Guilleminault C, Connolly SJ, Winkle RA: Cardiac arrhythmia and conduction disturbances during sleep in 400 patients with sleep apnea syndrome. *Am J Cardiol*, 52: 490-494, 1983.
- 10) Serizawa N, Yumino D, Takagi A, et al.: Obstructive sleep apnea is associated with greater thoracic aortic size. *J Am Coll Cardiol*, 52: 885-886, 2008.
- 11) Leung RS, Huber MA, Rogge T, et al.: Association between atrial fibrillation and central sleep apnea. *Sleep*, 28: 1543-1546, 2005.
- 12) Arzt M, Young T, Finn L, et al.: Sleepiness and sleep in patients with both systolic heart failure and obstructive sleep apnea. *Arch Intern Med*, 166: 1716-1722, 2006.
- 13) Naughton MT, Benard DC, Liu PP, et al.: Effects of nasal CPAP on sympathetic activity in patients with heart failure and central sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*, 152: 473-479, 1995.
- 14) Pratt-Ubunama MN, Nishizaka MK, Boedefeld RL, et al.: Plasma aldosterone is related to severity of obstructive sleep apnea in sub-

jects with resistant hypertension. *Chest*, 131: 453-459, 2007.

- 15) Usui Y, Tomiyama H, Hashimoto H, et al.: Plasma B-type natriuretic peptide level is associated with left ventricular hypertrophy among obstructive sleep apnoea patients. *J Hypertens*, 26: 117-123, 2008.
- 16) Yokoe T, Minoguchi K, Matsuo H, et al.: Elevated levels of C-reactive protein and interleukin-6 in patients with obstructive sleep apnea syndrome are decreased by nasal continuous positive airway pressure. *Circulation*, 107: 1129-1134, 2003.
- 17) Christ M, Sharkova Y, Fenske H, et al.: Brain natriuretic peptide for prediction of Cheyne-Stokes respiration in heart failure patients. *Int J Cardiol*, 116: 62-69, 2007.
- 18) Young T, Finn L, Peppard PE, et al.: Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*, 31: 1071-1078, 2008.
- 19) Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, et al.: Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet*, 365: 1046-1053, 2005.
- 20) Bazzano LA, Khan Z, Reynolds K, et al.: Effect of nocturnal nasal continuous positive airway pressure on blood pressure in obstructive sleep apnea. *Hypertension*, 50: 417-423, 2007.
- 21) Akashiba T, Minemura H, Yamamoto H, et al.: Nasal continuous positive airway pressure changes blood pressure "non-dippers" to "dippers" in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep*, 22: 849-853, 1999.
- 22) Bradley TD, Logan AG, Kimoff RJ, et al.: Continuous positive airway pressure for central sleep apnea and heart failure. *N Engl J Med*, 353: 2025-2033, 2005.

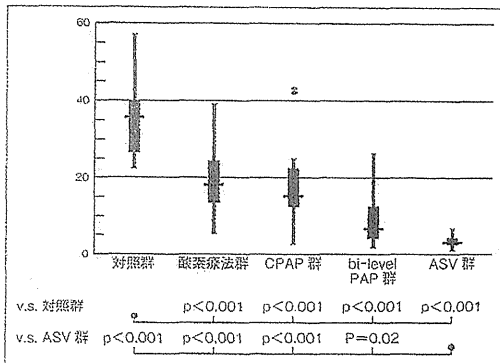


図 2 CSA に対する各治療の効果の比較

CSA の抑制に関して CPAP は有効であるが, bi-level PAP は CPAP を上回る効果があり, ASV はさらに bi-level PAP を有意に上回る抑制効果をもつ。

(Teschler H, Dohring J, Wang YM, et al.: Adaptive pressure support servo-ventilation: a novel treatment for Cheyne-Stokes respiration in heart failure. *Am J Respir Crit Care Med*, 164: 614-619, 2001<sup>26)</sup> より引用)

- 23) Arzt M, Floras JS, Logan AG, et al.: Suppression of central sleep apnea by continuous positive airway pressure and transplant-free survival in heart failure: a post hoc analysis of the Canadian Continuous Positive Airway Pressure for Patients with Central Sleep Apnea and Heart Failure Trial (CANPAP). *Circulation*, 115: 3173-3180, 2007.
- 24) 日本循環器学会, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会, 日本高血圧学会, 日本心臓病学会, 日本心不全学会, 日本心臓リハビリテーション学会, 日本睡眠学会: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009年度合同研究班報告) 循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン: *Circulation Journal*, 74: 963-1051, 2010.
- 25) Dohi T, Kasai T, Narui K, et al.: Bi-level positive airway pressure ventilation for treating heart failure with central sleep apnea that is unresponsive to continuous positive airway pressure. *Circ J*; 72: 1100-1105, 2008.
- 26) Teschler H, Dohring J, Wang YM, et al.: Adaptive pressure support servo-ventilation: a novel treatment for Cheyne-Stokes respiration in heart failure. *Am J Respir Crit Care Med*, 164: 614-619, 2001.
- 27) Kasai T, Narui K, Dohi T, et al.: First experience of using new adaptive servo-ventilation device for Cheyne-Stokes respiration with central sleep apnea among Japanese patients with congestive heart failure: report of 4 clinical cases. *Circ J*, 70: 1148-1154, 2006.
- 28) Sasayama S, Izumi T, Seino Y, et al.: Effects of nocturnal oxygen therapy on outcome measures in patients with chronic heart failure and cheyne-stokes respiration. *Circ J*, 70: 1-7, 2006.

## B. 癌患者の心理的反応・サイコオンコロジー

2007年4月に「がん対策基本法」が施行された。この基本法に則り、「がん対策推進基本計画」が策定され、各地域において癌医療の推進と均てん化が進められている。この「基本計画」において、「患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」が2大目標のひとつとして掲げられ、精神的苦痛に対する取り組みの必要性が強調されている。元来、癌医療の現場では、病名告知や予後告知など「悪い知らせ」を伝えるときの問題が取り上げられ、治療をめぐる患者の精神的問題に対するアプローチの必要性が指摘されてきた。このような癌医療に関連するところの問題や精神症状に対応する分野である精神腫瘍学(サイコオンコロジー psycho-oncology)の重要性も次第に認知されてきている。

### ① 癌患者と心理・社会的問題

癌患者とその家族はさまざまな精神的、心理・社会的問題を抱えている。実際癌患者の20~40%に重度の心理・社会的問題が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たないとの報告がある<sup>1)</sup>。適切な提供がなされていない背景には、「精神的」や「心理的」、「感情の問題」といった言葉にはステイグマ、負のイメージがついてまわり、患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察のなかで医師が患者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されている。その反省を受けて、癌の臨床をとらえなおし、患者を全人的にとらえるために、biological, psychological, social と多層的な視点からアプローチを試みる分野がサイコオンコロジーである。

臨床においては、サイコオンコロジーは、生命を危機に陥れる「癌」という疾患に罹患し、その診断・告知を受けるときから治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・サポートすることを実践している。一方、研究の面では「癌が患者や家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、QOL向上を目指した介入方法を開発する」ことと、「癌の罹患や生存に関与する心理・社会・行動学的因子を明らかにし、適切な介入法を開発する」ことを目指している。

これらの臨床・研究の成果をふまえ、癌に関連する心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標にして、米国のNCCN(National Comprehensive Cancer Network)は心理・社会的問題を「Distress(つらさ)」として包括し、評価と治療のガイド

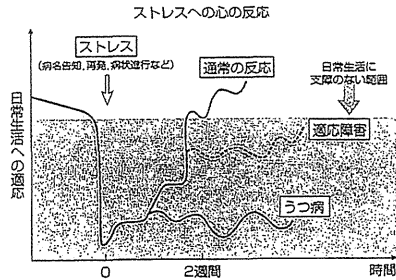


図1 癌に対するこころの反応

ラインを作成している。

### ② 癌に対する反応(通常反応)

癌に罹患することは、生命存続の危機的な状況であり、被局的なストレスをもたらす。

癌患者は、自覚症状や癌を疑う検査の段階から強いストレスにさらされる。次に病名告知や治療の導入など一連の負荷が続く。これらのストレスに対する患者の情緒的な反応は、3つの段階に分けて考えることができる。この3つの段階は、①初期反応、②不安・抑うつ、③適応である。一般的に、癌であることを告げられたり、再発の告知を受けた患者は強い衝撃を受け、「頭が真っ白になった」「何を言われているのかわからなくなった」と語られるような体験をする。その後、「もう何をしても無駄だ、治療をしても意味がない」と絶望感を感じ、不安や抑うつ、恐怖、無力感を感じる。それとともに、不眠や食欲不振などの身体症状も出現する。その後、約1, 2週間の間にこの混乱や不安は収束し、次第に現実の生活に適応していく。一般的な癌に対するこころの反応を模式化したものを図1に示す。

このような適応を経ることで、患者は疾病や治療に関連する情報を整理し、現実の問題に取り組むことができるようになる。

### ③ 癌患者への支援

#### ◎「悪い知らせ」を伝えるコミュニケーション

癌医療においては、癌の告知に始まり、治療方針の選択や再発の告知、積極的な抗癌治療の中止など生命や生活に直結する重要な場面がある。各々の場面において、患者-医師間の円滑な意思疎通を図り、感情に配慮した情報の交換を行うことが必要になる。このような癌の診断告知や治療の中止の決定などはBad news(悪い知らせ)

せ)と呼ばれ、「患者の将来への見通しを根底から否定的に窺ってしまう知らせ」と定義されている。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常に心理的苦痛を伴う。たとえば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後1ヵ月に限ると、健常人と比べて10倍にもなる<sup>2)</sup>。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり患者の認識に配慮した適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である<sup>3)</sup>。

このような場面で効果的なコミュニケーションを図るためのスキルは単に臨床経験を重ねるだけでは向上しない。コミュニケーションスキルは教育によって向上することが示されており、癌医療に携わる医療者のコミュニケーションスキルへの教育プログラムが望まれるようになった。欧米においては、癌専門医を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが開発され、ロールプレイを中心に共感的な対応を含めたスキルの習得を目指して実施されている。

効果的なコミュニケーションを図るためには、患者の意向を十分に検討する必要がある。またコミュニケーションに対する意向に文化差がある。わが国の癌患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを面接調査にて検討されている。その結果、患者の意向として「Supportive environment(支持的な場の設定)」「How to deliver the bad news(悪い知らせの伝え方)」「Additional information(付加的情報)」「Reassurance and Emotional support(安心感と情緒的サポート)」の4つのカテゴリが抽出された<sup>4)</sup>。このように明らかになった意向をもとに、わが国の臨床にそったコミュニケーション・スキル・トレーニングSHAREプログラムを開発し、癌専門医を対象に研修プログラムが実施されている。

#### ◎精神症状への対応

##### 1) 抑うつ状態

抗癌治療全般を通して、さまざまな精神症状が出現する。癌患者のおよそ30~40%に何らかの精神医学的問題が認められる。特に頻度の高い疾患は、せん妄と大うつ病、適応障害である<sup>5)</sup>。抑うつ状態は癌種にかかわらずあらゆる時期に出現する。わが国の有病率調査では、大うつ病は5~15%で、適応障害が4~35%であった。癌医療において抑うつ状態の診断・治療の重要性が繰り返し指摘される背景には、いくつかの原因があげられる。

①抑うつが状態一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

癌患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつ状態に伴う身体症状を痛に付随する症

状や治療に伴う有害事象としてとらえてしまい、抑うつ状態が見落とされることが知られている。また、抑うつ状態は喪失体験に伴う心理的反応に伴って出現することが多い。そのため、「喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の知識不足による過小評価、医療者が精神症状の評価をためらうことにより、抑うつ状態が見落とされ、誤った診断・対応をされがちである。

##### ②QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQOLの低下を招くと同時に、無価値感や自責念により積極的抗癌治療を拒否することを通して、身体治療にも影響する。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。これらの多方面にわたる影響は適切な治療により対応可能である。

##### ③器質的な原因が重畳すること

癌患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連に注意が向きがちであるが、同時に原疾患による脳転移やparaneoplastic syndrome、高カルシウム血症、医原的な要因の強い薬剤性(ステロイドやインターフェロン、抗癌剤、降圧薬)や全脳照射も抑うつ状態を引き起こす。抑うつ状態を評価する際には、治療内容の変化との時間関係、治療効果、今後の治療計画を総合的に評価することが必要である。

##### ④疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されている。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念慮を生じうる。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要である。

##### ⑤自殺

癌患者の自殺率は一般人口に比べて約1.8倍、告知後1ヵ月では10倍高いとの報告がある<sup>2)</sup>。癌患者が訴える自殺企図や希死念慮の背景には、抑うつ状態や疼痛、貧弱なソーシャルサポートがあることが指摘されている。特に絶望感は抑うつ状態とは独立した要因となる。自殺を予防するために、精神症状緩和をはじめ身体症状緩和、ソーシャルサポートの構築など包括的な支援が必要である。

##### ⑥高齢癌患者の抑うつ状態

加齢は発癌のリスクであると同時に、うつ病や自殺のリスク因子でもある。高齢者の抑うつ状態は、若年者と異なり抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味喪失や認知機能の低下(記憶力の低下、集中困難)、

身体不定愁訴を訴えることが多い。高齢者の場合、身体症状の評価においては、常に背景に抑うつ状態があることを意識した評価が重要である。

## 2) スクリーニング

前述したように臨床的な問題として、主治医や看護士など多忙なプライマリチームは抑うつ状態を見落としがちであることから、癌患者に対して精神症状のスクリーニングを一律に実施することが海外では実施されている。

癌患者は身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮した簡便なスクリーニングが望ましい。患者の負担を軽減するために、VAS(visual analog scale)や、つらさと支障の寒暖計(図2)が用いられる。

## 3) 抑うつ状態への対応

抑うつ状態への治療は、薬物療法と支持的治療法、認知行動療法を組み合わせて行う。医療スタッフからの心理的な支援が、癌患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護士を交えたチームとして患者を支える体制を構築することもサイコオンコロジーの役割である。

大うつ病に関しては、無作為化比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が支持されている。しかし抗うつ薬は多様であり、実際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価した上で副作用管理も踏まえた選択を行う必要がある。予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もあるが、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない治療計画をたてる。

うつ病は身体症状も随伴する。特に疼痛はうつ病の身体症状のひとつでもあり、疼痛とうつ病の重症度(特に希死念慮)との間には相関関係がある。癌患者のうつ病を評価する場合には同時に疼痛の重症度評価を行うことが推奨されている。疼痛をはじめとする身体症状緩和を図るためにも、主治医、緩和ケア医とともに精神腫瘍医による包括的な評価が重要である。

## 4) 緩和ケアチーム

わが国においては、2002年より常勤の身体症状緩和医師と常勤の精神科医師、専任看護士(2008年度からは専任薬剤師も追加)で構成する緩和ケアチームが制度化された。癌診療連携拠点病院においては、緩和ケアチームを設置することが義務づけられるようになっている。緩和ケアチームは主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて、入院患者の包括的支援(身体症状や精神症状(うつ病、適応障害、せん妄)、ケアのコーディネート、家族支援)を行う多職種チームである。緩和ケアチームはプライマリチームを支援する役割を担うが、プ

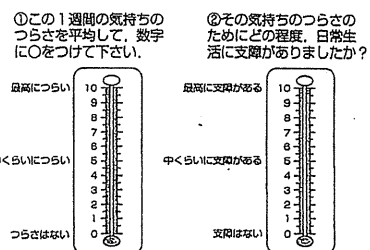


図2 つらさと支障の寒暖計

ライマリチームの意向を尊重しつつ、多職種によるチームを構築することも精神腫瘍医の役割である。

## ⑤ 今後の課題

現在の癌臨床において最も問題となっているのは、多忙な臨床現場において有効な精神症状緩和を図るためのシステムを構築することである。英国の厚生労働省にあたるNICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)は、「緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへのアクセスが不十分である」との反省にたち、精神症状緩和を介入レベルに従って分類し、プライマリチームから専門家の介入まで4段階を設定した<sup>6)</sup>。日本においても、人材の育成を含め、サイコオンコロジーのより一層の普及・啓発が望まれる。

## 4 泌尿器科腫瘍領域における精神腫瘍学的な特徴

### ⑤ 前立腺癌

前立腺癌は、スクリーニング方法が進展してきたことにつれて、非致死性腫瘍の診断数が増加している。そのため、高齢や合併症のある無症候性前立腺癌の場合には、すぐに積極的な治療を開始せず、慎重に観察することが推奨されている。しかし、診断を受けて「何もしない」ことに約30%の患者が不安を自覚しており、不眠やパニック発作を生じる場合には、薬物療法を含めた専門的対応が必要となる。

また、ホルモン療法を受けている患者では、ホットフラッシュ、抑うつ状態などの男性の更年期様症状が生じる。特にうつ病の既往のある場合は、抑うつ状態発症のリスク因子であり、治療にあたっては、慎重な精神症状評価が重要である。ホルモン療法には、女性化乳房などボディイメージの変化や性欲の減退など独特の有害事象があり、QOLが低下しやすい。

心理・社会的問題に関しては、前立腺癌患者に加えてその配偶者も疾患への適応の問題を抱えていることが報告されている。患者のQOLを最も左右するのは、患者と配偶者間の満足度であるとの意見もあり、配偶者も含めたケアを意識しなければならない。前立腺癌患者の配偶者に対する心理教育を中心とした介入法も検討されている。

### ⑥ 精巣腫瘍

精巣腫瘍は、若年男性の罹患率が多いこともあり、性機能を含めた長期的な心理・社会的フォローアップが必要な疾患である。治療の初期は、片側精巣摘除術に伴う外見の変化への適応の問題があるが、続いて実施される化学療法による有害事象への適応がしばしば取り上げられている。成人男性において最も性活動が高まる時期に生殖器の癌に罹患する衝撃は非常に大きい。患者の抱えやすい不安は、①性に関する不安、②性機能障害に関する不安、③結婚に関する不安があげられる。

### ⑦ 膀胱癌

回腸ストーマに関連する臭気やもれ、性交の障害になることから社会復帰への抵抗が増す場合がある。ストーマを増設することへの適応は女性の方が概して良いといわれる。

### ⑧ 腎癌

腎癌の治療は原則として外科手術であるが、初診時に転移を認めることが多く、予後が悪いことから、抑うつ

症状の問題が多い。また、インターフェロンやIL-2による治療に関連して薬剤誘発性うつ病が問題になる。

## おわりに

精神腫瘍学(サイコオンコロジー)の紹介から癌患者に多く認められる精神症状、泌尿器科腫瘍学との関連について概説した。精神症状は高頻度出現するにも関わらず、見落とされがちな症状が多い。多忙な臨床においては、多職種によるチームでのフォローが有効であり、ぜひ緩和ケアチームや精神腫瘍医のコンサルテーションを積極的に活用してほしい。

## 文 献

- 1) Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD et al: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 104: 2872-2881, 2005
- 2) Fang F, Fall K, Mittelman MA et al: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 366: 1310-1318, 2012
- 3) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-728, 1996
- 4) Fujimori M, Parker PA, Akechi T et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16: 617-625, 2007
- 5) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983
- 6) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (<http://www.nice.org.uk>)

# B1 病態生理

## 意識障害 (せん妄)

### a) 臨床症状と病態生理

せん妄は、身体疾患に起因する脳機能障害を背景にして、多様な精神症状を呈する症候群である。悪性腫瘍の治療の初期から終末期まで治療のあらゆる段階で認められる。せん妄は、精神症状自体の苦痛に加え、周囲とのコミュニケーションを阻害する要因となり、患者のみならず家族、医療スタッフに強い負担と苦痛を強いる。せん妄の出現は、症状緩和に難渋する疼痛の背景因子となる。せん妄に適切に対応することは、患者の意向に沿った治療を提供するためにも重要である。

#### i) 臨床症状

数時間から数日の前駆状態を経て発症する。典型的には、睡眠覚醒リズムの障害(昼夜の逆転)、注意力障害(まとまりのない会話やつじつまの合わない行動)を中心に、不安・焦燥感、精神運動興奮、様々な情動変化(怒り、多幸感、無欲・無関心)、幻覚・妄想(通常は幻視が一般的で、注意力障害からの錯覚と混在する)を伴う。症状には日内変動があり、夕方から夜間にかけて増悪する周期性を持つのが一般的である。

#### ii) 病態生理

主な病態としてコリン系の神経伝達障害が想定されている<sup>2)</sup>。想定される背景には、抗コリン作用を持つ薬剤により高頻度にせん妄が誘発される臨床経験があること、せん妄患者の血中抗コリン活性の上昇が報告されたり、physostigmineなどのコリンエステラーゼ阻害薬を用いることでせん妄からのリバースに成功したとの報告がある。コリン系以外にも、ドパミン系とコリン系との不均衡やγアミノ酪酸(GABA)系の伝達障害(特に肝性脳症などの代謝性障害やアルコール離脱せん妄において)、セロトニン系の伝達障害も治療薬の作用機序から病態に絡むことが想定されている。

#### iii) せん妄の原因

せん妄の治療や見直しを評価するためにも、せん妄の原因を詳細に検討することは重要である。一般に術後せん妄など治療による優越が明らかな場合には単一要因が多いが、通常認められる進行がん患者のせん妄は多要因が絡むことが一般的である。特に疼痛治療にオピオイドが頻用される時期では、薬剤性のせん妄の

比率が上がる<sup>3)</sup>。

### b) 第一選択となりうる薬剤

大半の症例では、薬物療法が必要となる。薬物療法は高力価の抗精神病薬がスタンダードであり、定型抗精神病薬(ハロペリドール)と非定型抗精神病薬(リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール)が用いられる。せん妄は興奮を伴うことから、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬剤や抗ヒスタミン薬が処方されがちであるが、抗不安薬や抗ヒスタミン薬はせん妄を悪化させる危険が高い。そのため単独使用は避ける。

ハロペリドールは抗幻覚・妄想作用が強いこと、循環器への影響が少ないこと、錠剤のほかに注射剤があり投与経路の自由度が高いといった特徴を持つ。しかし、錐体外路症状の発現頻度が定型抗精神病薬で約10%と高いことから、パーキンソン症状のリスクを避ける意味で、内服可能であれば非定型抗精神病薬を用いることが多い。がん終末期においては、経口投薬が難しい場面も多いことから、剤型の豊富な数少ない薬剤としてハロペリドールは頻用されている。

抗精神病薬はせん妄に対する有効性はどの薬剤でもほぼ同等である。薬剤を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロフィール、作用時間を考慮して決定する。

用量に関してはどの薬剤も過量に使えば過鎮静を生じる可能性があるため、最小量から滴定法を用いて漸増する。特にハロペリドールの注射剤の場合、1Aが5mgと大きい規格であること、血中濃度の半減期が短いことから、投薬を繰り返すうちに過量投与に陥りがちであるので注意をする。

### c) 注意すべき副作用

定型抗精神病薬、非定型抗精神病薬を問わず、錐体外路症状[パーキンソン症候群、アカシジア(静坐不能)、急性ジストニア]の出現には注意をする。特に、定型抗精神病薬で高力価のハロペリドールでは1週間以上使用し続けると約10%にパーキンソン症候群が出現する。パーキンソン症候群は、左右対称に筋強剛が出現し寡動を呈する。誤嚥や転倒・転落を招くため注意をして観察し、出現した場合にはリスクの低い薬剤への切り替えを検討する。アカシジアは急性に出現

はっきり確認できるストレス因子の曝露  
(例) 悪いニュースを伝えられるなど

危険因子  
顕著な不安気質  
身体症状(疼痛など)  
ソーシャルサポート不足  
など

日常生活への適応に支障をきたすほどの  
ストレス反応性の精神症状

大うつ病などの他の特定の精神障害の基準を満たさない  
(参照: 2章-B1. 3.うつ 4. 不安障害)

抑うつを伴う適応障害  
主に抑うつ気分、涙もろさ、絶望感などの症状

不安を伴う適応障害  
主に神経質、心配、過敏などの症状

不安と抑うつを混合を伴う適応障害  
上記の2つの症状が混合したもの

がん患者における注意を要する主な鑑別疾患  
中枢性疾患(脳転移など)、低活動性せん妄、錐体外路症状(アカシジア、パーキンソンなど)など

図1 適応障害の臨床症状と病態生理

する不随意運動で、両下肢を中心に不快感を伴い、安静を保つことが難しくなる。不安・焦燥、せん妄の増悪と関連される場合があるので注意を要する。

また、抗がん治療中やオピオイドを併用している場合に、制吐薬としてプロクロロールペラジンやメトクロプラミドが処方されていることが多い。どちらもドパミン拮抗作用があり、抗精神病薬と併用すると錐体外路症状の発現リスクを高めることから併用は避ける。

頻度は少ないものの、ハロペリドールを高用量で用いると、致死的な不整脈を生じる場合があるため、あらかじめQT延長の有無を中心に心電図の確認が望ましい。

非定型抗精神病薬は、一般的に錐体外路症状や抗コリン作用の有害事象は少ないものの、統合失調症患者の一部に代謝障害を引き起こし、血糖値を上昇させ糖尿病ケトアシドーシスを発現したとの報告がある。がん患者に対するリスクは検討されていないが、注意をしながら用いる。

## 2 適応障害

### a) 臨床症状と病態生理

適応障害は、がん患者に最も多くみられる精神疾患である。適応障害とは、米国精神医学会の診断基準であるDSM-IV-TRにおいて、図1のように、はっきりと確認できる強い心理的ストレス因子のために日常生活への適応に支障をきたすほどの情緒面や行動面の症状が出現し、しかし大うつ病やパニック障害などの他の特定の精神障害の基準(2章-B1-3.うつ|2章-B1-4. 不安障害|参照)を満たさないストレス反応性の疾患と定義されている。

通常、ストレス因子が終結するとその後6ヵ月以上症状が持続することはない(DSM-IV-TR)が、がん患者は特にがんの診断から再発の情報提供、進行に伴った身体疼痛症状や積極的な抗がん剤治療の中止の確認など、全経過を通じて新たなストレス因子に曝露され慢性化することがある。さらに、前述の大うつ病やパニック障害などの他の特定の精神障害(2章-B1-3.うつ|2章-B1-4. 不安障害|参照)に発展していくことがあり、症状が変化することを念頭に置いておかな

【監 修】(五十音順)

加賀谷 肇 明治薬科大学薬学部臨床薬剤学  
鈴木 勉 星薬科大学薬学部薬品毒性学  
的場 元弘 国立がん研究センター中央病院緩和医療科

【編集担当】(五十音順)

明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野  
上園 保仁 国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野  
大石 了三 九州大学名誉教授  
大澤 匡弘 名古屋市立大学大学院薬学研究所神経薬理学分野  
岡本 禎晃 市立芦屋病院薬剤科  
小野 秀樹 武蔵野大学薬学部臨床薬剤学  
加賀谷 肇 明治薬科大学薬学部臨床薬剤学  
川村 和美 シップヘルスクエアファーマシー東日本 教育研修部  
小宮 幸子 横浜市立大学附属病院薬剤部  
塩川 満 聖隷浜松病院薬剤部  
鈴木 勉 星薬科大学薬学部薬品毒性学  
高濱 和夫 熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科  
直良 浩司 島根大学医学部附属病院薬剤部  
久原 幸 手稲溪仁会病院がん治療管理センター緩和ケア室・緩和ケアチーム  
的場 元弘 国立がん研究センター中央病院緩和医療科

【執筆者】(五十音順)

赤木 徹 国立がん研究センター中央病院薬剤部  
明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野  
東 加奈子 東京医科大学病院薬剤部  
安部 能成 千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科  
阿部 泰之 旭川医科大学病院緩和ケア診療部  
荒木 博陽 愛媛大学医学部附属病院薬剤部  
有森 和彦 富崎大学医学部附属病院薬剤部  
池上 大悟 星薬科大学薬学部薬理学  
池永 昌之 淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院  
伊勢 雄也 日本医科大学付属病院薬剤部  
伊東 俊雅 東京女子医科大学病院薬剤部・がんセンター緩和ケア室  
伊藤 マミ 聖路加国際病院音楽療法士  
稲葉 一郎 薬局セントラルファーマシー長嶺  
今井 堅吾 聖隷三方原病院ホスピス科  
上園 保仁 国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野  
上村 恵一 市立札幌病院精神医療センター  
内田まよこ 九州大学病院薬剤部  
大石 了三 九州大学名誉教授  
大坂 巖 静岡県立静岡がんセンター緩和医療科  
大澤 匡弘 名古屋市立大学大学院薬学研究所神経薬理学分野  
大田洋二郎 静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科  
大谷 弘行 国立病院機構九州がんセンター緩和治療科  
大塚 理加 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部  
岡本 禎晃 市立芦屋病院薬剤科  
小川 朝生 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分野  
小川 節郎 日本大学板橋病院麻酔科  
小野 秀樹 武蔵野大学薬学部臨床薬剤学

緩和医療薬学

2013年10月1日 発行

編集者 日本緩和医療薬学会  
発行者 小立純彦  
発行所 株式会社 南江堂  
〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42番6号  
☎(出版)03-3811-7236 (営業)03-3811-7239  
ホームページ <http://www.nankodo.co.jp/>  
振替口座 00120-1-149

印刷・製本 真興社  
後丁 太田公士(Ladybird)

© Japanese Society of Pharmaceutical Palliative Care and Sciences, 2013

定価はカバーに表示してあります。 Printed and Bound in Japan  
落丁・乱丁の場合はお取り替えいたします。 ISBN978-4-524-26865-2

本書の無断複写を禁じます。

〔COPY〕(社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き、禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(TEL 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@copy.or.jp)の許諾を得てください。

本書をスキャン、デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法です。



# がん領域における 抑うつ の現状と対応

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分野ユニット長  
小川 朝生

## 1. はじめに

「がん対策基本法」が2007年に施行されて6年が経ちました。2012年にはがん対策のマスタープランである「がん対策推進基本計画」が改定され、より実地の声を反映させる各都道府県での改定作業が本格的に進められています。今回の基本計画の改定で特記すべき点は、患者・家族の強い意向を反映して、「早期からの緩和ケア」が「診断時からの緩和ケア」とより明確に示された点と、「精神心理的苦痛の軽減」がより明確に掲げられた点です。患者・家族の精神的苦痛を軽減するために、サイコオンコロジーの専門医である精神腫瘍医を育成することも盛り込まれています。本稿では、がん医療において、患者・家族の精神的苦痛について紹介をしたいと思います。

## 2. がん患者と心理・社会的問題

がん患者とその家族はさまざまな精神的、心理・社会的問題を抱えています。実際がん患者の20～40%に重度の心理・社会的問題

が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たないといわれています<sup>1)</sup>。適切な提供がなされていない背景には、「精神的」や「心理的」「感情の問題」といった言葉にはスティグマ、負のイメージがついてまわり、患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察のなかで医師が患者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されています<sup>2)</sup>。その反省を受けて、がんの臨床を捉えなおし、患者を全人的にとらえるために、biological, psychological, socialと多層的な視点からアプローチを試みる分野が精神腫瘍学(サイコオンコロジー: psycho-oncology)です。

臨床においては、精神腫瘍学は、生命を危機に陥れる「がん」という疾患に罹患し、その診断・告知を受ける時から治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・サポートすることを実践しています。一方、研究の面では「がんが患者や家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、QOL向上を目指した介入方法を開発する」とこと、「がんの罹患

や生存に関する心理・社会・行動学的因子を明らかにし、適切な介入法を開発する」ことを目指しています。

これらの臨床・研究の成果を踏まえ、がんに関連する心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標にして、米国のNCCN(National Comprehensive Cancer Network)は心理・社会的問題を「Distress(つらさ)」として包括し、評価と治療のガイドラインを作成しています<sup>3)</sup>。

## 3. がん患者への支援

### a. コミュニケーション

がん医療においては、がんの告知に始まり、治療方針の選択や再発の告知、積極的な抗がん治療の中止など生命や生活に直結する重要な場面があります。各々の場面において、患者・医師間の円滑な意思疎通を図り、感情に配慮した情報の交換をおこなうことが必要になります。このようながんの診断告知や治療の中止の決定などはBad news(悪い知らせ)と呼ばれ、「患者の将来への見通しを根拠から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されます。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常に心理的苦痛を伴います。たとえば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後3～5ヵ月に限ると健常人と比べて4.3倍にものぼります<sup>4)</sup>。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり患者の認識に配慮した適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠です<sup>4)</sup>。

効果的なコミュニケーションを図るためのスキルは、単に臨床経験を重ねるだけでは向上しません<sup>5)</sup>。コミュニケーションスキルは教育によって向上することが示されており、

がん医療に携わる医療者のコミュニケーションスキルへの教育プログラムが望まれるようになりました<sup>6)</sup>。欧米においては、がん専門医を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが開発され、ロールプレイを中心に共感的な対応を含めたスキルの習得を目指して実施されています。

効果的なコミュニケーションを図るためには、患者の意向を十分に検討する必要があります。またコミュニケーションに対する意向には文化差があります。そこで我々は、わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを面接調査で検討しました。その結果、患者の意向として「Supportive environment(支持的な場の設定)」「How to deliver the bad news(悪い知らせの伝え方)」「Additional information(付加的情報)」「Reassurance and Emotional support(安心感と情緒的サポート)」の4つのカテゴリーが抽出されました<sup>7) 8)</sup>。明らかになった意向をもとに、わが国の臨床にそったコミュニケーション・スキル・トレーニングSHAREプログラムを開発し、がん専門医を対象に研修プログラムを実施しています。現在、厚生労働省の委託事業として、財団法人医療研修推進財団主催、日本サイコオンコロジー学会協力のもと毎年全国各地で研修会を開催されるにいたりしました。

### b. 精神症状への対応

#### 1) 抑うつ状態

抗がん治療全般をとおして、様々な精神症状が出現します。がん患者のおよそ30～40%になんらかの精神医学的問題が認められます。特に頻度の高い疾患は、せん妄と大う

うつ病、適応障害です<sup>9)</sup>。抑うつ状態はがん種にかかわらずあらゆる時期に出現します。わが国の有病率調査では、大うつ病は5～15%で、適応障害が4～35%でした。

がん医療において抑うつ状態の診断・治療の重要性が繰り返して指摘される背景には、いくつかの原因が挙げられます。

a) 抑うつ状態が一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

がん患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつ状態に伴う身体症状をがんに伴う症状や治療に伴う有害事象としてとらえてしまい、抑うつ状態が見落とされることが知られています<sup>10)</sup>。また、抑うつ状態は喪失体験にともなう心理的反応にともなって出現することが多いです。そのため、「喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の知識不足による過小評価、医療者が精神症状の評価をためらうことにより、抑うつ状態が見落とされ、誤った診断・対応をされがちです<sup>11)</sup>。

b) QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQuality of Lifeの低下を招くと同時に、無価値感や自責感により積極的抗がん治療を拒否することを通して、身体治療にも影響します<sup>12)</sup>。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させます。これらの多方面にわたる影響は適切な治療により対応可能です。

c) 器質的な原因が重畳すること

がん患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連に注意が向きがちですが、同時に原疾患による脳転移や

paraneoplastic syndrome、高カルシウム血症、医原的な要因の強い薬剤性（ステロイドやinterferon、抗悪性腫瘍薬、降圧薬）や全脳照射も抑うつ状態を引き起こします。抑うつ状態を評価するときには、治療内容の変化との時間関係、治療効果、今後の治療計画を総合的に評価することが必要です。

d) 疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されています。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念慮を生じることがあります。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要です。

e) 自殺

がん患者の自殺率は一般人口に比べて約1.8倍高いとの報告があります。がん患者が訴える自殺企図や希死念慮の背景には、抑うつ状態や疼痛、進行がんであること、診断から3～6ヵ月以内であること、貧弱なソーシャルサポートであることが指摘されています。特に絶望感は抑うつ状態とは独立した要因です。自殺を予防するために、たとえば進行がんの初回治療時から精神症状緩和をはじめ身体症状緩和、ソーシャルサポートの構築など包括的な支援が必要です。

f) 高齢がん患者の抑うつ状態

加齢はがんのリスクであると同時に、うつ病や自殺のリスク因子でもあります。高齢者の抑うつ状態は、若年者と異なり抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味の喪失や認知機能の低下（記憶力の低下、集中

困難）、身体不定愁訴を訴えることが多いです。高齢者の場合、身体症状の評価においては、常に背景に抑うつ状態があることを意識した評価が重要です。

## 2) スクリーニング

前述したように臨床的な問題として、主治医や看護師など多忙なプライマリーチームは抑うつ状態を見落としがちであることから、NCCNガイドラインではがん患者全員に対して精神症状のスクリーニングを実施することが推奨されています<sup>2)</sup>。がん患者は身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮した簡便なスクリーニングが望まれます。患者の負担を軽減するために、VAS (Visual Analog Scale) やツークエスチョンインタビュー (two question interview)、つらさと支障の寒暖計、PHQ-2、PHQ-9などが用いられます。わたしたちのグループでも、病棟入院患者全員に病棟看護師がスクリーニングをおこない、カットオフ値以上の場合には精神腫瘍医の診察を推奨する診療体制を整えたところ、受診率が向上した結果が得られました<sup>13)</sup>。

## 3) 抑うつ状態への対応

抑うつ状態への治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法を組み合わせることができません。医療スタッフからの心理的な支援が、がん患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護師を交えたチームとして患者を支える体制を構築することもサイコオンコロジーの役割です<sup>14)</sup>。

大うつ病に関しては、無作為化比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が支持されています。しかし抗うつ薬は多様であり、実

際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価した上で副作用管理も踏まえた選択をおこなう必要があります。予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もありますが、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない治療計画を立てます。

うつ病は身体症状も随伴します。特に疼痛はうつ病の身体症状の一つでもあり、疼痛とうつ病の重症度（特に希死念慮）との間には相関関係があります。がん患者のうつ病を評価する場合には同時に疼痛の重症度評価をおこなうことが推奨されています。疼痛をはじめとする身体症状緩和を図るためにも、主治医、緩和ケア医とともに精神腫瘍医による包括的な評価が重要です。

## 4) 今後に向けての課題

現在のがん臨床において最も問題となっているのは、多忙な臨床現場において有効な精神症状緩和を図るためのシステムを構築することです。英国の厚生労働省にあたるNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は、「緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへのアクセスが不十分である」との反省にたち、精神症状緩和を介入レベルに従って分類し、プライマリーチームから専門家の介入まで4段階を設定しました<sup>15)</sup>。日本においても、がん対策推進基本計画に基づく10万人の医師を対象とした緩和医療研修やがんプロフェッショナル養成プランが計画されています。人材の育成を含め、サイコオンコロジーのより一層の普及・啓発が望まれます。

同時に求められるのが、専門家へのアクセスを確保したシステムの構築です。具体的に

は、的確に精神心理的問題を同定し、必要な場合に専門家へ紹介するスクリーニングシステムになります。スクリーニングシステムの重要性は以前から指摘されていましたが、スクリーニングが有効に機能する条件として、①全例に対する定期的なスクリーニングの実施、②紹介先の確保、の2点があり、わが国で実施するためにはマンパワーの問題と、精神科医の不足の2つのハードルがあります。この問題を解決する上で、本ソフト「身体科におけるうつスクリーニング検査&研修・臨床研究ソフト」は、外来・入院において、患者に負担をかけることなく精神症状をスクリーニングすることが可能です。特に注目したいのは、医療者に負担がかからないことであり、忙しい外来においても、診察前の待ち時間に実施する事が十分に可能です。たとえば、定期受診時に本ソフトを使用してPHQ-9を実施する事で、スクリーニング並びに経時的変化を追うことも可能です。もしも何らかの精神的負担があると疑われる場合には、ソフトの結果に基づいて問診を進めればよく、「何を尋ねてよいのか分からない」という医療者の心理的負担を軽減することもできるでしょう。がん治療と一体となった精神心理的ケアが、今後一層普及するきっかけとなることを願っています。

- 1) Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, et al: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer 104: 2872-2881, 2005.
- 2) Distress Management, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (<http://www.nccn.org>)
- 3) Tanaka H, Tsukauma H, Masaoka T, et al: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. Jpn J Cancer Res 90:812-817, 1999.
- 4) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet 347:724-728, 1996.

- 5) Cantwell BM, Ramirez AJ: Doctor-patient communication: a study of junior house officer. Med Educ 31: 17-21, 1997.
- 6) Maguire P: Improving communication with cancer patients. Eur J Cancer 35: 1415-1422, 1999.
- 7) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology 14:1043-1051, 2005.
- 8) Fujimori M, Parker PA, Akechi T, et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology 16: 617-625, 2007.
- 9) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249:751-757, 1983.
- 10) Wilson G, 他: 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネージメント。緩和医療における精神医学ハンドブック, 内富藤介監訳, 初版, 星和書店, 東京, 2001, pp29-53.
- 11) Passik SD, Dugan W, McDonald MW, et al: J Clin Oncol. Oncologist' recognition of depression in their patients with cancer. 16: 1594-1600, 1998.
- 12) Block SD: Ann Intern Med. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. 132:209-218, 2000.
- 13) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Cancer 103:949-956, 2005.
- 14) 内富藤介: がんへの過剰の心理反応, リエゾン精神医学とその治療学(松下正明編集) 中山書店, 東京, pp51-58, 2003
- 15) National Institute for Clinical Excellence: Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. (<http://www.nice.org.uk>)

〈身体科におけるうつスクリーニング検査&研修・臨床研究ソフト〉  
**身体疾患患者精神的支援ストラテジー**

2013年4月30日初版発行

定 価: 200,000 円 + 税  
 企 画: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター  
 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1  
 TEL.042-341-2711 FAX.042-344-6745  
 総 監 修: 樋口輝彦 (後) 国立精神・神経医療研究センター総長  
 編 集: 村松公美子 (新潟看護大学大学院臨床心理学研究科,  
 (後) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部)  
 伊藤 弘人 (後) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会精神保健研究部部長  
 制作・発行: NOVA 出版  
 〒151-0053 東京都渋谷区代々木3-31-12 代々木ハイム505  
 TEL.03-3375-2507 FAX.03-3370-7958

©NCNP, NOVA 出版 2013

ISBN978-4-905441-02-1 C0047 ¥200000E

PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) 日本語版 (2013 NCNP 版)  
 監修 (2013) 村松公美子・伊藤弘人: 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部  
 出版: Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports 101: 952-960, 2007.  
 PHQ-2 日本語版 (2013 NCNP 版) の無断複写, 転載, 改変を禁じます。

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) 日本語版 (2013 NCNP 版)  
 監修 (2013) 村松公美子・伊藤弘人: 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部  
 出版: Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports 101: 952-960, 2007.  
 村松公美子, 上島啓利, アライマリ: ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール  
 Patient Health Questionnaire-9 日本語版「ここからどの質問も」診断と治療, 2009, 97, 1465-1473, 2009.  
 PHQ-9 日本語版 (2013 NCNP 版) の無断複写, 転載, 改変を禁じます。

©Kumiko Muramatsu 「Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 日本語版 2013NCNP 版」 &  
 「Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) 日本語版 2013NCNP 版」

### 3 入院患者の不眠に注意 ～不眠とせん妄の鑑別



**Point**

- ・入院患者の約2人に1人に不眠がある。
- ・一方、入院患者の約30%にせん妄が合併している。せん妄の発症の背景にはせん妄の見落としと不適切な薬剤使用（特にベンゾジアゼピン系薬剤）がある。
- ・「眠らない」からすべて不眠で片付けない。「みんな寝かせればいい」という乱暴な考えは捨てよう。
- ・「不眠」にひそむ「せん妄」と「うつ病」を鑑別する目を鍛えよう。

#### 1 入院中の不眠をどのように考えるか

入院患者の「不眠」に対応をしたはずなのに、なぜか患者は寝ずに興奮している、転倒している、このような経験はないでしょうか。

不眠は入院患者の約2人に1人と、非常に頻繁にみられます。入院患者だからといって、「不眠症」が外来と異なることはありません。しかし、入院患者の「不眠」の訴え、あるいは病棟スタッフから「不眠」の対応を求められた場合に注意をしなければならないことは、夜眠らないからすぐにそのまま不眠だと考えてはいけないという点です。

典型例をあげると、まず疼痛管理が確実になされているかどうかがあります。例えばがん疼痛治療のまず目指すべき目標が夜間の除痛（要は痛みを感じずに安心して休めるようにすること）であると同様に、疼痛コントロールが不十分であるため眠れないという場合があります。この場合は、疼痛の原因を含めマネジメントをし直す必要があります。

次にあげられるのが薬剤性の不眠です。薬剤性の不眠には、中枢性覚醒

表1 入院患者における不眠のアセスメントのポイント

<b>身体症状（特に疼痛）を患者は我慢していないか</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・疼痛：痛くて眠れない、疼痛で寝返りをうつたびに起きることに気付いていない患者・医療者がいる</li> <li>・頻尿：前立腺肥大</li> <li>・痒痒感：肝不全</li> <li>・呼吸困難・咳・喘息</li> </ul>
<b>薬剤性の不眠はないか</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ステロイド</li> <li>・中枢神経刺激薬：メチルフェニデート、ペモリン</li> <li>・ベンゾジアゼピン系薬剤・バルビツール酸系薬剤の退薬症状（典型的には超短時間作用薬であるトリアゾラムの中断による反跳性不眠がある）</li> <li>・利尿薬：夜間の排尿回数増加による</li> <li>・24時間点滴による利尿作用</li> <li>・喘息薬：エフェドリン、テオフィリン</li> <li>・抗うつ薬：アモキサピン、イミプラミン</li> </ul>
<b>精神疾患の存在</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄：昼夜逆転と注意力障害（会話のつじつまがあわなくなる、など）がある場合</li> <li>・うつ病：不眠とともに食欲不振、意欲の低下、気分の落ち込みがある場合 うつ病の有無を判断するうえで、下の2つの質問をすることが一般的に推奨されている。 ①一日中気持ちが落ち込んでいませんが、 ②今まで好きだったことが楽しめなくなっていますか。 これは、2 question法といい、どちらも「いいえ」だった場合はうつ病を90%以上の確率で除外することができる。</li> <li>・アルコール乱用・依存 こちらは、アルコール依存度をスクリーニングするCAGE法がある<sup>2)</sup>。 ①いままでに酒を減らさなければならなかったことがあるか ②飲酒を批判されて、腹が立ったり、いらだったことがあるか ③飲酒に後ろめたい気持ちや罪悪感を感じたことがあるか ④朝酒や迎え酒を飲んだことがあるか 以上のうち、2項目以上を満たす場合に、アルコール依存症の可能性がある。</li> </ul>

作用による不眠（ステロイドによる覚醒作用、中枢神経刺激薬による覚醒作用）のほか、効果の不適切な時間での発現（夜間頻尿）も問題となります。中枢覚醒作用による場合であれば、内服を午前中にまとめることが重要です。輸液も可能であれば日中にまとめるだけでも改善します<sup>1)</sup>。

入院患者における不眠のアセスメントのポイントを表1にまとめました。