

否かを検討することはなされていない。しかし、ICUにおいてプラセボを対照としてリバステグミンのせん妄に対する治療効果を検討した比較試験では、リバステグミン投与群に有意ではないものの、死亡率が上昇する傾向を認めため、試験が中止となった。原因に関しては明らかになっていないが、神経免疫相関が影響したのではないかとの説もある。

5. 抗精神病薬を用いるうえでの注意点

上記のように、せん妄の発症や重症化を予防するうえでの薬物治療の効果は、まだ確立していないが、臨床においては、経験的に少量を予防的に投与することがしばしば行われている。

がん患者を対象とした報告ではないが、高齢認知症患者に対して非定型抗精神病薬を用いた比較試験のメタアナリシスにおいて、非定型抗精神病薬を投与されていた群の死亡リスクが使用していない群と比較して1.6~1.7倍高かったとの報告が出た。そのため、FDA (food and drug administration) は、非定型抗精神病薬の使用に際して注意を喚起した。その後、定型抗精神病薬を含めた解析を行ったところ、定型抗精神病薬では、非定型抗精神病薬よりリスクが高いことが明らかになっている。

近年では、各薬剤間でのリスクも検討され、非定型抗精神病薬間でも薬剤間での差があること、定型抗精神病薬はリスクが高いことが明らかになってきた⁹⁾。死亡リスクを上昇させる原因は、はっきりとは解明されていないが、循環障害と感染のリスクが指摘されている。

② せん妄への薬物以外の介入

せん妄の要因は多方面にわたることから、促進因子、直接原因のリスクを減らすことを目的に、リスク評価と組み合わせた複合的な介入が試みられている(表1)。

薬物療法以外の治療的介入では、せん妄の増悪因子となる環境要因を減らすために多職種による介入をまとめたプログラムの有効性が検討されている。高齢者病棟において、評価の定まったスク

表1 せん妄に対する複合プログラムの主な共通コンポーネント

| 項目 | 内容 |
|--------------------|---|
| 全般 | <ul style="list-style-type: none"> アセスメント <ul style="list-style-type: none"> 入院後早期(24時間以内)にせん妄のリスクを評価する ケアは個人のリスクに応じて組み合わせる ケアは多職種で行う せん妄のリスクが高いと判断した場合 <ul style="list-style-type: none"> 担当するスタッフはできるだけ代えずに固定する |
| 認知機能への予防的介入、見当識の強化 | <ul style="list-style-type: none"> 適度な照明と分かりやすい表示をする(時計やカレンダー) 見当識をつけるための声かけ、働きかけをする 認知を促進する働きかけをする 家族の付添・見舞いを促す |
| 脱水の予防 | <ul style="list-style-type: none"> 水分摂取を勧める |
| 栄養アセスメントの実施 | <ul style="list-style-type: none"> 食事摂取量の確認 栄養状態の評価を定期的に実施 |
| 感染予防 | <ul style="list-style-type: none"> 感染防止策の徹底 不要なルートは外す 感染徴候を早期に発見し治療を行う |
| 疼痛 | <ul style="list-style-type: none"> 疼痛アセスメントを必ず行う 疼痛が疑われる場合には適切にマネジメントをする |
| 睡眠リズムを維持する | <ul style="list-style-type: none"> 夜間の不快な音を減らす 睡眠中の処置は避ける 睡眠を妨げるような投薬を避ける(就寝中の内服、夜間の排尿を促すような連続した輸液など) |
| 多剤併用療法を極力避ける | <ul style="list-style-type: none"> 投薬内容を把握する 相互作用を確認する せん妄のリスクとなる薬剤については、増悪要因になっていないかどうかアセスメントをする |
| 行動への予防的介入 | <ul style="list-style-type: none"> 拘束をしない 術後の早期離床を促す 入院中の歩行を促す 歩行困難な患者を含め、ROM (range of motion) 運動を勧める |
| 排便・排尿の問題がないか確認する | <ul style="list-style-type: none"> 便秘の予防 尿閉・失禁の予防・対応 |

リーニングを実施し、そのうえで老年医学の専門家によるコンサルテーションの介入を行った検討があるが、せん妄を発症したあとでの介入では、在院期間や死亡リスクには影響しなかった。

一方、せん妄の発症を予防できるかどうかを同様の複合的介入を用いて検討した比較試験では、高齢急性期患者においてせん妄発症頻度を低下させたとのエビデンスレベルの高い報告がある。しかし、終末期のがん患者に対して、コンサルテーションスタイルの介入を実施した比較試験においては、せん妄の発症頻度、期間とも変化がなかった。その違いが生じた背景には、急性期患者においては、脱水や薬剤性など介入効果の出やすい要因が寄与する一方、終末期のせん妄では多臓器障害など非薬物療法での介入が難しい要因が多いためと考えられる。

緩和ケアの現場で実践するには

緩和ケアの現場は、オピオイドを使用する頻度が高いことから、せん妄の発症頻度も高く、そのコントロールを何とかしたいというニーズは非常に強い。特に、老年病棟において多職種介入によりせん妄の発症頻度を低下させることができたというエビデンスは、チーム医療の効果を実証づけるものとしてインパクトは非常に強かった。

この叡智を、わが国の緩和ケアにもち込むためには、いくつかの背景因子を検討しながら導入するのが良いだろう。

① 非薬物療法

多職種介入の報告は複数あるが、介入のシステム、介入のコンポーネントはさまざまである。しかし、介入内容として共通しているのは、①定期的なスクリーニング、②薬剤の検討(特に、せん妄の原因となりやすいベンゾジアゼピン系薬剤の再検討や多剤併用療法の整理)、③睡眠覚醒リズムを維持する働きかけ(日中の離床・リハビリを勧める)、④脱水など、高齢者に共通して起こる要因を予防する点である。

非薬物療法の多職種介入は、全身状態が安定した比較的入院期間の長い高齢者に対して有効である可能性が高い。そのため、入院期間が長めの療

養型病棟や緩和ケア病棟では、有効な可能性がある。一方、全身状態の悪化したケースの多い急性期病棟では、非薬物療法での介入には限界がある。前駆状態を捉え、できるだけ早期に薬物療法を含めた対応を行い、重症化を予防する取り組みが現実的であろう。

② 薬物療法

さまざまな取り組みがなされているが、せん妄の発症を予防する決め手は未だにない。現在のベストプラクティスは、前駆状態を早期に発見し、抗精神病薬を少量でコントロールすることと考えられる。抗精神病薬の予防的投与は重症化を予防する可能性はあるが、逆説的増悪に注意をして使用することが重要であろう。

臨床では、せん妄・認知症の見落としが非常に多い。まず、アルツハイマー病を含めた認知症を発見し、事前にきちんとした治療、リハビリテーションを導入すること、そのうえでせん妄に対する認識を高めることをまず考えたい。

文献

- 1) Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, et al: Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc* 53: 1658-1666, 2005
- 2) Larsen KA, Kelly SE, Stern TA, et al: Administration of olanzapine to prevent postoperative delirium in elderly joint-replacement patients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics* 51: 409-418, 2010
- 3) Hakim SM, Othman AI, Naoum DO: Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly: a randomized trial. *Anesthesiology* 116: 987-997, 2012
- 4) Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, et al: Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ* 23: 344, 2012

特集 サイコオンコロジーの現在

高齢がん患者のこころのケア*

● 小川朝生**

Key Words: palliative care, consultation-liaison psychiatry, cancer, palliative care team, psycho-oncology

はじめに

この半世紀にわたり日本人の平均寿命は飛躍的に伸びてきた。65歳以上の高齢者人口は2,975万人となり総人口の23%を占め、特に75歳以上に限ると同じく1,471万人、総人口比率12%に至った(2011年10月1日現在)。超高齢化社会を迎えて、高齢者特有の問題である老化や身体機能の低下に加えて、医療費の増大や介護福祉制度の整備など社会的問題への対応の必要性も指摘されている。

高齢者人口増加に伴ういちばん大きな社会的変化は、「医療を要するが比較的自立している高齢者(vulnerable elders)」が増加する点である。たとえば、死亡者の1/3を占めるがんでは、すでに全悪性新生物死亡数のうち65歳以上が78%に上っている。がんの治療においても、高齢者を治療する機会が増え、今後その高齢者に対して、①若年者を対象に設計された標準治療をそのまま適応してよいのか、②高齢者に対してどのような支援が望まれるのか、③選ぶとした場合にどの基準で選ぶのか、を踏まえて検討する必要がある。

表1 高齢者のがん治療特有の問題点

1. 治療に対する忍容性: 併存症
2. 患者の意思決定能力: 認知症
3. 標準治療適応の限界: 標準治療は65歳以下の臨床試験から
4. 治療合併症への対応
 - 1) 造血系合併症への対応
 - 2) 化学療法薬の用量調節
5. 疾患特異的な問題
6. 社会的支援の必要性: 服薬管理, 日常生活支援, 通院支援
 - 1) 独居
 - 2) 老老介護

高齢者への医療を考える上で、若年者を対象とする場合といくつか異なる点を配慮しなければならぬ。まず、加齢に伴う生理的变化がある。加齢に伴う身体機能の低下は老化と総称されるが、老化の過程は個人差が非常に大きい。高齢がん患者の治療を組むにあたり、老化の進行度を適切に評価し、治療後の社会復帰まで含めた治療計画の見直しを立てることが必要である。従来聞かれたような「もう年だから積極的な治療はしない/できない」と一概にはいえない。

また、高齢者のがんを扱うにあたり、高齢者特有の腫瘍や臨床像、臓器の生理的变化、患者を取り巻く心理社会的問題や保健福祉制度を考える必要がある(表1)。

がん治療を進めるに際して、臓器機能の低下

や合併症を避けて通ることは難しい。臓器予備能や他の疾患の進行度合、老化度の評価、薬剤相互作用の影響を考慮に入れた治療計画が求められる。一般的に、合併症を伴うと、根治を目指した治療よりも侵襲の低い手段が好まれる傾向があるが支持する根拠は乏しい。加えて心理・社会的にも高齢者特有の問題がある。認知症の合併に伴い患者自身が意思決定できない事態が生じた場合や、記憶障害のために服薬や有害事象管理が困難となり、外来治療を断念する場合がある。

高齢者とがん治療

医療者は、高齢者が単に年齢が高いというだけで一群として捉える傾向がある。概して、医師は高齢者のquality of lifeを低く見積もる傾向があり¹⁾、一方適切な援助が提供されていない問題もある。ある調査では、高齢者の2/3はなんらかの問題や懸念を持っているが、その問題に関してなんらかの援助を受けたのは50%にとどまり、69%の高齢者は援助を受けていないと感じていた²⁾。

高齢者は医学的にも社会的にも個体差が大きい。

特に異なる要因として、

- ①健康度・活動度
- ②余命
- ③心理・社会的問題への対処能力
- ④周囲から得られる身体・社会的支援が大きく異なる。

また、高齢者は年齢によって意向が異なる傾向がある。特に後期高齢者においては、①認知機能障害の合併頻度が高いこと、②身体的健康度が低い、③消費者志向が低かった³⁾。

高齢者におけるコミュニケーション

高齢者の診察には家族の付き添いがつく特徴がある。付き添いがつくことに伴うコミュニケーションの変化には、①医師-付き添いの会話が増え、患者からの話題の提起が減少すること、②患者の話が第三人称で語られる機会が増えること、③患者の意思決定への参加が少なくなることの報告がある⁴⁾。

付き添いはおおよそ3つの立場(①患者の擁護者、②受動的な参加者、③対立者)があると考えられている。付き添いがつく場合には、医療者は付き添いがどのような立ち位置から参加しているのかを図り、患者からの視点を理解するだけでなく付き添いからの視点も理解すること、意思決定に際して患者の置かれた心理・社会的問題に関してより詳しく検討することが必要である。

高齢者の治療で重要なポイント

1. 薬物動態の変化

高齢者では、加齢に伴う体内組成の変化や生理機能の低下がある。薬物動態には吸収、分布、代謝、排泄の要素がある。加齢に伴い大きく変化をするのがglomerular filtration rate(GFR)であり、GFRが低下すると排泄遅延に関連し、腎排泄の薬剤の毒性が増強する。肝機能が低下すると、肝代謝型の薬剤の影響が遷延する。

2. 臓器機能、予備能の低下

加齢とともに骨髄幹細胞は減少するため、高齢者では化学療法後の好中球減少や貧血が増加する。好中球減少は感染症のリスクを高め、貧血は水溶性薬物の分布容積を小さくするために薬物の毒性が増加する。

3. 多剤併用

高齢者は合併症が多く、それぞれに対して複数の薬剤を投与されていることが多い。多剤併用はチトクロームP450を中心に代謝経路が錯綜し、薬物間相互作用を生じる可能性が高まる。

高齢者に特徴のある悪性腫瘍

加齢に伴い悪性腫瘍の発見のされ方も変わる。一般に高齢者では進行期で発見されることが多くなり、予後が相殺される可能性がある。

加齢に伴い悪性度の変化がある悪性腫瘍がある。大腸がんや肺がん、前立腺がん、膀胱がんは悪性度が上がる傾向があり、一方卵巣がんや胃がんは変化はない。乳腺は高齢者ではホルモン受容体陽性率が高く、緩徐に増殖する傾向がある⁵⁾。

* Supportive care in geriatric oncology.

** Asao OGAWA, M.D., Ph.D.: 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 [〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1]; Psycho-Oncology Division, Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Chiba 277-8577, Japan.

高齢者と臨床試験

高齢化と相まって、高齢者に対して化学療法を実施する機会も増えてきているが、臨床試験が一般に70歳や75歳を上限にしていることが多いことや、上限を設けてはいないにしても実際に参加する高齢者の比率が少ない。臨床試験に参加している高齢者は全身状態の良い高齢者であり、実臨床との乖離がある。現状では、一般の臨床試験の成績をもとに、合併症や全身状態を総合的に判断して治療方針を決定せざるを得ない。

一般に医師は高齢者は負荷のかかる治療に耐えられないと見なしがちであることと、延命治療は若年者の方に優先されるとの意識があり、高齢者に臨床試験を勧めるのに抵抗を感じている。

乳がんの臨床試験への参加を提案する割合を調べた報告では、65歳未満と65歳以上の患者でstageの低いときには臨床試験への参加を提案した割合は同じであったが、stageが高くなるにつれて65歳以上で提案する率が下がっている。また、腫瘍内科医への質問紙調査では、高齢者は合併症が多いこと、コンプライアンスが低い、治療毒性が現れやすい、適格条件に合致する率が低いために臨床試験を積極的に提案しづらいつと感じていた⁹⁾。

意思決定能力の評価

がん医療において、インフォームドコンセントの重要性は指摘するまでもないが、適切なインフォームドコンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に判断する能力を有することが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力 (competency)」という。

意思決定能力の有無は、本来は法的に決定されるものである。意思決定能力の判断には一定の原則はあっても、確立した法的判断基準があるわけではない。原則は、患者の利益を第一に、慎重に個別に対応する。

臨床場面において、意思決定能力が適切に判断されていないとの指摘が以前からなされてきた。大きくは、認知症と診断された患者に対し

ては、能力低下が過度に評価され、適切な医療が提供されていない問題がある一方、軽度認知障害のある患者では、見落とされている点である。臨床において、がん治療を専門とする医師が認知症を診断する必要はないが、意思決定能力の評価は治療方針の決定のための話し合いや、治験の同意を得るに際して必須であるため重要である。

意思決定能力の評価について、Appelbaumらの提唱する4つの機能に分けて検討することを勧めている。

①理解力 (understanding) : 提供された情報を理解・保持し、自分の言葉で説明できる。診断や治療を理解できる。

②認識する能力 (appreciation) : 自分自身の診断や治療、治療の選択により将来起こりうる結果を自分のこととして認識し考える能力。

③論理的な思考能力 (reasoning) : 診断や治療に関する情報を参考に、論理的に比較考察する能力。

④選択を表明する能力 (states a choice) : 意思決定の内容を明瞭に表明する能力。

選択に必要な意思決定能力は、その状況に応じて必要となるレベルも異なる (図1)。それぞれの能力は個々に評価を進めていく (表2)。治療方針の決定や治験の同意を得る際に、インフォームドコンセントに支障があると疑った場合には、保護者に情報を伝え対応を相談する。適宜精神科医や病院と関係のある法律家に相談することも望ましい。

Frailty (脆弱性)

Frailty (脆弱性) は加齢の極端になった表現型である。加齢は疾患がなくても進行し、予備力の低下として現れる。

Frailtyの有用性は、たとえば体重減少だけを臨床評価として使用すれば、肥満傾向の患者の予備力の低下を見落とす場合である。Frailtyの指標である疲労感や歩行速度の低下、活動レベルの低下を評価することで、身体機能の低下に気づくことができる。臨床的にはfrailtyの概念を使うことが積極的に推奨されており、その概念はNational Comprehensive Cancer Networkのガイド

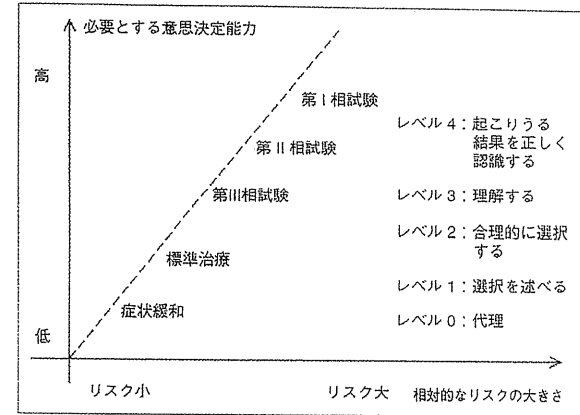


図1 治療内容と要求される意思決定能力のレベル

表2 意思決定能力の評価

| | |
|---------------------|---|
| ・疾患についての理解 | 診断、疾患の特徴、経過について、患者の理解の度合を確認する |
| ・疾患についての認識 | 説明した疾患の内容が、自分自身に関連していることと認識しているか否かを確認する |
| ・治療とその危険性・苦痛についての理解 | 治療の名前、治療の特徴を理解しているか確認する |
| ・治療についての認識 | 利点・危険性を理解しているか確認する |
| ・代替治療 | 治療について患者がどのように考えているか確認する |
| ・論理的思考 | 患者の希望を確認する |
| ・選択と理由づけ | 結果の推測 |
| ・結果の推測 | 影響についての理解を確認する |
| ・最終的な選択 | |
| ・論理的な一貫性 | |

ラインにも採用されている¹⁰⁾。

Frailtyの指標は5つの身体機能を含み、年齢ごとにnonfrail, prefrail, frailに分ける。Frailtyは指標のうち3つまたは4つが該当する場合であり、prefrailは1つあるいは2つに該当する場合である。地域的一般人口を対象とした研究では、70~79歳までの人口のうち、33~45%がnonfrailで、45~55%がprefrail、11%がfrailに該当した⁹⁾。

総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment ; CGA)

CGAとは、Comprehensive Geriatric Assess-

mentの略で、疾患のある高齢者に対して、機能的、社会的、精神心理的観点からその高齢者の生活機能障害や脆弱性を総合的に評価する手法である⁹⁾。CGAは、多角的な視点からアセスメントを行うそれ自体に多職種による解釈と相互評価の過程を含んでいる。

CGAが必要とされるようになった背景には、生活機能障害を持つ高齢患者数が著しく増加したことにより、疾患や生活機能障害相互の関連を把握し、適切なケアを幅広く提供する必要が高まったことによる。

がん医療においてCGAを用いる利点は、CGAが意思決定を助けるツールになることである。

CGAを行うことで、全身状態の変化を追うことができ、最適な治療が何かを明らかにすることができる。

特に精神心理的問題としては、認知機能障害とうつ病への予防的対応が重要である。認知機能障害を持つがん患者は、セルフケア能力が低下するため健康状態が悪化しやすい。また認知機能障害自体が、うつ病の危険因子であり、治療のアドヒアランスの低下や死亡リスクの上昇を招く¹⁰⁾。そのため、NCCN (National Comprehensive Cancer Network) の推奨するCGAにおいても、どちらの疾患のスクリーニングも盛り込まれるようになった⁷⁾。

CGAを行うことの効果も示されており、生命予後の延長や入院、ナーシングホームへの入所を予防したり¹¹⁾、認知障害を固定したり、主観的なwell-beingが改善したりする¹²⁾¹³⁾。一方、CGAをすべての患者に実施することは必ずしも有用ではない。どの患者にCGAを実施するのがよいのかは今後検討が必要である。

文 献

- 1) Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life in chronic diseases : perceptions of elderly people. *J Gerontology* 1988 ; 43 : M25-30.
- 2) Houldin AD Wasserbauer N. Psychosocial needs of older cancer patients : a pilot study abstract. *Medsurg Nurs* 1996 ; 5 : 253-6.
- 3) Adelman RD, Greene MG, Charon R. Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing Soc* 1991 ; 11 : 127-48.
- 4) Greene MG, Adelman RD, Rizzo C. The patient's presentation of self in an initial medical encounter. In : Hummert ML, Wiemann JM, Nussbaum JF, editors. *Interpersonal Communication in Older Adulthood*. California : Sage ; 1994.
- 5) Holmes F. Clinical evidence for change in tumor aggressiveness with age : A historical perspective. In : Balducci L, Lyman GH, Ershler WB, Extermann M, editors. *Comprehensive Geriatric Oncology*. 2nd ed. London : Taylor & Francis ; 2004.
- 6) Kornblith AB, Kemeny M, Peterson BL, et al. Survey of oncologists' perceptions of barriers to accrual of older patients with breast carcinoma to clinical trials. *Cancer* 2002 ; 95 : 989-96.
- 7) NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology TM. Senior Adult Oncology. 2009. Available from : URL : http://www.nccn.org/professionals/physicians_gls/PDF/senior.pdf.
- 8) Bandeen-Roche K, Xue QL, Ferrucci L, et al. Phenotype of frailty : characterization in the women's health and aging studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006 ; 61 : 262-6.
- 9) 西永正典. 総合機能評価(CGA)の臨床とその意義. *日本老年医学会誌* 2000 ; 37 : 859-65.
- 10) Wilson KG, Chochinov HM, de Faye BJ, Breitbart W. 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネージメント. 内宮庸介・監訳. *緩和医療における精神医学ハンドブック*. 東京 : 墨和書店 ; 2001. p. 29-53.
- 11) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993 ; 342 : 1032-6.
- 12) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 669-76.
- 13) Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994 ; 331 : 821-7.

がん患者の終末期のせん妄

小川 朝生*

抄録：せん妄は、がん患者において、入院の20~30%、予後が数週と見積られる時期では90%が経験する。終末期のせん妄でも90%以上は原因を同定することが可能であり、薬物や脱水、電解質異常、低酸素などの頻度が高い。がん治療、特に終末期のせん妄への対応で最も特徴的な点は、必ず予後を評価する点である。予後を予測し、せん妄の原因を推定し、対応できる手段と最終的な症状緩和の達成目標を立てる。達成目標については、単にせん妄の改善の有無だけでなく、療養場所の選定についてもあわせて検討する。終末期において、疼痛コントロールと並んでせん妄のコントロールをいかに進めるかは、患者と家族が良い時間を持つことができるかどうかを決める重要な要因である。単にせん妄に対する薬物療法を提供するだけでは不十分であり、多職種によるさまざまな連携を組みつつ、患者・家族中心のケアを提供するための取り組みが重要である。

精神科治療学 28(9) 1157-1162, 2013

Key words : delirium, palliative care, cancer, psycho-oncology, consultation psychiatry

I. はじめに

せん妄は、がん患者において、入院の20~30%、予後が数週と見積られる時期では90%が経験する^{10,16)}。終末期においては、緩和ケア病棟や一般病棟に入院する大きな理由の一つに、せん妄の症状コントロールが不良であることが挙げられているほど一般的な病態である⁹⁾。事実、せん妄はその有病率が高いこと、コミュニケーションをとる機会を患者から奪うことで、患者の療養生活の質を著しく下げること、家族へ強い精神心理

Terminally delirium in cancer patients.

*国立がん研究センター東病院精神腫瘍科

〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1

Asao Ogawa, M.D., Ph.D.: Psycho-Oncology Division, Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba, 277-8577 Japan.

的苦痛を与えることから、終末期において、常に注意を払わなければならない精神症状である⁹⁾。本稿では、がん患者の終末期のせん妄を中心に、その対応の実態を述べたい。

II. 終末期せん妄と終末期患者のせん妄

最初に臨床で時々混同して用いられる終末期せん妄 (terminal delirium) と終末期患者のせん妄 (delirium in terminally ill patients) の違いを確認したい。

終末期せん妄 (terminal delirium) は、緩和医療において慣用的に用いられている用語である。正確な定義はないが、教科書や review で述べられている点を総合すると、「死亡前24~48時間の状態で、腎不全を含む不可逆的な多臓器不全の状態や、不可逆的な代謝性障害を生じ、全身状態の改善が困難となった結果、改善の見込みのなく

ったせん妄」を指す¹⁶⁾。

一方、終末期患者のせん妄 (以下、終末期のせん妄) は、終末期 (おおよそ予後が6ヵ月以内) と見込まれる患者において生じたせん妄を指す。終末期のせん妄は、オピオイドやベンゾジアゼピン系薬剤、脱水、感染等を理由に発症することが多い。特に薬剤が原因の場合は薬剤の中止、脱水の場合には補液等により、せん妄の改善を図ることが可能であるため、その原因の正確な探査が重要となる。

III. 実態

せん妄の有病率など実態調査は、入院のセッティングを中心に調査されているが、患者の身体状況により異なる。抗がん治療で入院中のがん患者では約18%にせん妄が、緩和ケア病棟のセッティングでは、緩和ケア病棟入院時に42%にせん妄を認めたとの報告がある¹⁰⁾。在宅でもせん妄の発症率はほぼ同程度と見積もられ、海外のデータではあるが、在宅緩和ケアプログラム導入時のせん妄発症率は28%であった。

IV. 原因

せん妄の治療の基本は、その原因を同定し、除去することにより変りはない。終末期のせん妄でも90%以上は原因を同定することが可能であり、薬物や脱水、電解質異常、低酸素などの頻度が高い¹⁰⁾。特に薬剤では、オピオイドとベンゾジアゼピン系薬剤、ステロイドの関与が知られている。また、経験的には、H2ブロッカーや抗ヒスタミン薬、抗てんかん薬 (鎮痛補助薬) も関与が疑われるのであわせて検討する⁹⁾。

終末期のせん妄においても、原因を丁寧に検索することが重要な理由は、たとえ終末期でも回復の可能性があるからである。Lawlorらは、緩和ケア病棟入院時のせん妄の原因を検索・治療し、その49%が回復したと報告している¹⁰⁾。Moritaらも同様の調査を行い、20%が回復したと報告している¹⁰⁾。どちらも薬剤が関係するせん妄は回復の可能性が高かった。

通常、せん妄が目立ってくるのは、予後1ヵ月程度と見込まれるあたりからであるが、一方、予後が数ヵ月見込まれる状態でせん妄を発症した場合には、多発性脳転移やがん性髄膜炎、腫瘍随伴症候群、腫瘍による凝固異常に伴発した脳梗塞等が関連する場合があります、より注意深く探索をする。

V. 治療可能な原因

まず指摘しておきたいことは、終末期であってもせん妄の治療可能性は十分に残されている点である¹⁰⁾。過去の研究から、おおよそ50%は症状の改善が図れる^{7,10)}。

しかし、予後が24~48時間程度と見積られる時期に入ると、多臓器不全を伴ったり、電解質異常も補正が困難になるなど、不可逆的な過程に入り、回復の可能性はなくなる。

VI. ベストプラクティスはなにか

がん治療、特に終末期のせん妄への対応で最も特徴的な点は、必ず予後を評価したうえで治療の方向性を探る点にある。がんの経過は、他の身体疾患と比較して経過が予測しやすい。そのため、いくつかの指標を用いることで、予後の見通しを立てることが可能である。たとえば、MoritaらのPalliative Prognostic Index (PPI) では、予後3週間を感度83%、特異度85%で予測することができる¹⁰⁾。

予後を予測し、せん妄の原因を推定することで、対応できる手段と最終的な症状緩和の達成目標を立てる。達成目標については、単にせん妄の改善の有無だけでなく、療養場所の選定についてもあわせて検討する。その理由は、終末期の療養生活の質には、症状コントロールの良否だけでなく、療養場所 (具体的に希望があれば在宅で療養できるように調整を図る) 自体が大きく影響することが明らかになったからである。ともすれば、せん妄が完全に回復しなければ在宅が困難と判断しがちであるが、ある程度昼夜のリズムが薬物療法で維持することが可能で、家族の介護力が

あれば、適切なモニタリングをしつつ在宅療養を選択することはできる。患者・家族の意向を確認しつつ、訪問看護ステーションや在宅医と、丁寧な連携を心掛けたい。

終末期患者のせん妄に対して、必ず取り組まなければならないのは、まずせん妄の原因を明らかにすることである。せん妄の原因は一般に複数からなる。主因を同定することは難しい場合もある。また、多発脳転移やがん性髄膜炎のように器質的な要因が大きい場合には、たとえ原因が同定されたとしても、せん妄の症状コントロールは困難な場合があるのも事実である。

終末期のせん妄においても、主要な原因は、オピオイドや脱水、薬物（主に、ベンゾジアゼピン系薬剤とステロイド）である^{1,10,11}。倦怠感の緩和を目標に、ステロイドを使用してせん妄が生じた場合、症状緩和の可能性と今後の見通しをチームで検討し、優先順位を決定する。

終末期であっても、まず一度はせん妄の治療可能性を念頭に置いて治療を実施する。

また、終末期においては、療養生活の質を大きく決定する要因として「どこで療養するか」が重要である。せん妄が完全に回復しない場合に、せん妄症状の完全なコントロールを目指すよりも、多少不完全ながらも家族が在宅で介護をする希望があるならば、家族の介護負担（たいていの場合は昼夜逆転で、夜間に家族が休める環境を整えることになる）を評価しつつも、質の高い療養生活である在宅を選択することは有力な選択肢となる。

せん妄に対する薬物療法以外の介入も重要である。たとえば、担当するスタッフを固定することでケアの一貫性を保つことや、多職種チームによる包括的なケアを提供することや、支持的な環境を設定する点や包括的なアセスメントを提供する点で有力である^{3,12}。包括的ケアには、昼夜のリズムをつける、不快な音の少ない環境に配慮をする、適切な栄養と水分管理、安定した睡眠、疼痛管理、社会活動の推奨がある¹³。老人病棟において、多職種協働ケアによるせん妄の発症予防や重症化予防に効果的であることは確固たるエビデンスがあるが、終末期のせん妄に対しては、発症予

防、重症化予防の効果は確認されていない。

しかし、非薬物療法単独では、せん妄症状をコントロールすることは現実的ではなく、ほとんどすべての症例に対して、薬物療法は必須となる。せん妄の治療という点では、まだエビデンスは確立していない⁹。

使用する薬剤は通常のせん妄への対応と大きな違いはなく抗精神病薬を主体とするが、終末期では消化管閉塞や誤嚥もあり、経口内服が困難な場合も少なくない。基本は経口投薬としつつも、困難な場合には、注射薬を用いる。注射薬はhaloperidolが主体にはなるが、精神運動興奮が強い場合には、chlorpromazineの点滴や皮下注、levomepromazineの皮下注を用いる。せん妄は、どうしても身体症状が重篤な面で発症するため、比較試験を実施することが困難なため、エビデンスの確立が遅れている。現状では、どの抗精神病薬でも治療効果はほぼ同等とみなされている。経口薬剤では、海外ではhaloperidolを第一選択として挙げるガイドラインもあるが、わが国においては錐体外路症状のリスク等をきらって非定型抗精神病薬を用いることが多い¹⁴。また非定型抗精神病薬でもSDA、MARTAともに用いられるが、終末期には悪心を伴う場合も少なくなく、その場合は制吐作用も期待して、olanzapine等MARTAが好まれる傾向がある。終末期においては、低活動型せん妄が比較的多いことも特徴になる。低活動型せん妄に関する、標準治療は確立していないが、鎮静作用の弱いaripiprazoleが経験的に推奨されている。

在宅療養を見越して薬物療法を選択する場合には、在宅でのせん妄コントロールでは昼夜逆転をすることで家族の介護負担が増し、在宅療養が困難になること、入院と異なり夜間の追加投与が難しいことがあり、夜間の睡眠確保を意識した薬物選択を行う。具体的には、olanzapineが選ばれることが多い。

抗精神病薬での対応で睡眠覚醒リズムの障害などの改善が難しい場合には、部分的な症状緩和を目的に、midazolamなどのベンゾジアゼピン系薬剤を抗精神病薬とあわせて用いる。

表1 鎮静の分類

| 様式 |
|--|
| 持続的鎮静：中止する時期をあらかじめ定めず、意識の低下を維持して維持する鎮静 |
| 間欠的鎮静：一定期間意識の低下をもたらしたあとに薬剤を中止・減量して、意識の低下しない時間を確保する鎮静 |
| 鎮静水準 |
| 深い鎮静：言語的・非言語的コミュニケーションができないような、深い意識の低下をもたらす鎮静 |
| 浅い鎮静：言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の、軽度の意識低下をもたらす鎮静 |

Ⅶ. 鎮静に関する判断

行いうるあらゆる方法を用いても、せん妄がコントロールできない場合に、「患者の苦痛を緩和する」ことを目的に、意識を低下させる薬剤を用いることを「鎮静」と呼ぶ。

精神科医療においても「鎮静」と呼ばれる処置が行われるが、精神科医療においては「精神運動興奮を鎮める」意味で用いられることが一般的である。あくまでも「患者の苦痛緩和」を目的に行う緩和医療の「鎮静」とは異なるので、混同に注意をしたい。

終末期では、強い倦怠感や呼吸困難など対応が難しい身体症状と同様に、せん妄も対応が困難な症状として挙げられ、せん妄は苦痛緩和目的で行われる鎮静の代表的なターゲットでもある⁹。

鎮静は、その様式と目標とする水準でいくつかに分類することができ、病状や苦痛の程度、本人の希望に応じて使い分ける（表1）。

鎮静を実施することは、患者の意識レベルを下げ、人間的・社会的な生活を営むことを引き替えて、著しく耐えがたい苦痛を緩和する手段であるため、その実施に際しては、倫理的な妥当性を確認する必要がある。

実際には、耐えがたい苦痛をどの程度の鎮静で達成できるかを段階的に図りながら進めることが

多い。まず、倫理的な妥当性、患者本人の意思能力を評価する。そのうえでまず患者と家族に間欠的または浅い鎮静を説明する。患者・家族の疑問や懸念を尋ね、そのうえで、間欠的な鎮静・浅い鎮静の希望があれば、まずは数時間単位での間欠的な鎮静で、その深度もうつらうつらと呼びかければ応答するレベル（コミュニケーションが確保できるレベル）で緩和ができるかどうかをさぐる。一度鎮静を戻した後に、①症状緩和が図れたのかどうか、②鎮静の原因となった症状について再度治療方法を検討し、③他の症状・課題の有無、必要なケアの見直し、④患者・家族の気持やりや希望を再度確認する。そのうえで、予測される予後が短い（2週未満）こと、患者が耐えがたい苦痛を感じていること、専門家へのコンサルテーションを含め、取りうる限りの症状緩和を実施したことを多職種で複数の観点から確認し、患者より深い持続的鎮静の希望があれば、患者・家族の意思を繰り返し確認した後、持続的な鎮静を検討する。詳細は、日本緩和医療学会の「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を参照された¹⁵。

Ⅷ. 患者・家族との相談

終末期のせん妄において重要な課題の一つに、家族に対する支援がある。

家族が終末期のせん妄をどのように体験しているのかを、がん患者の遺族を対象として検討した調査から、ほとんどの家族はせん妄を苦痛に感じていたこと。特に「患者とコミュニケーションがとれないこと」や「患者の身の置きどころのなさ」に関して80%以上が強い苦痛を経験していた。また、他のせん妄の症状である「思考力の低下」や「幻覚」「見当識障害」などについても半数以上の家族が苦痛を感じていた¹⁶。

上記の報告から、医療者、特に精神症状緩和を担当する者が意識したい点は、注意力障害等によりコミュニケーションがとれなくなることを家族は非常に大きな驚きと恐怖を持って迎えていること、医療者は「幻視」や「妄想」などの目立つ精神症状が患者家族に苦痛を与えると考えがちであ

表2 遺族が医療者に望むケア (文献15より引用)

| | 頻度 |
|------------------------|-----|
| 以前と同じように接する | 94% |
| 患者が何を言いたいかを理解するよう努める | 88% |
| 家族に思いやりを持って接する | 86% |
| 日々の起こりうる経過について説明する | 86% |
| 患者の主観的世界を否定することなく尊重する | 83% |
| せん妄への対応について家族と相談する | 75% |
| 認知症やこころの病気ではないことを説明する | 72% |
| 家族とともにその場にいる | 71% |
| 話せるうちに、家族と会うことを勧める | 68% |
| せん妄が広く生じうる事象であることを説明する | 66% |

るが、家族にとって「見当識障害」や「思考力障害」などを呈する患者に接することも苦痛であること、である。

医療者はともすれば、終末期を迎えた患者と接することは、家族にとって初めての体験である、ということをおぼろげである。終末期のせん妄を見て、「今まで特に意識もせずにコミュニケーションがとれていた患者と、会話もままならなくなった」ことに直面した家族は、「患者の内面でのようなことが起きているのか」、「どのようにしたら自分たちの気持ちが通じるのか」不安と困惑を覚える。動揺する家族に対して、せん妄がどのような症状であるのかを説明するとともに、家族の気掛かりを尋ね、接し方や家族ができることを支持的に説明し、負担の軽減に努める(表2)。

IX. おわりに

終末期において、疼痛コントロールと並んでせん妄のコントロールをいかに進めるかは、患者と家族が良い時間を持つことができるかどうかを決める重要な要因である。単にせん妄に対する薬物療法を提供するだけでは不十分であり、多職種によるさまざまな連携をとりつつ、患者・家族中心のケアを提供するための取り組みに、精神科医も参加が強く望まれている。単なる薬物療法を越えたコンサルテーション精神医学が期待されていることを強調したい。

文 献

- Breitbart, W. and Strout, D.: Delirium in the terminally ill. *Clin. Geriatr. Med.*, 16; 357-372, 2000.
- Brunnhuber, K., Nash, S., Meier, D.E. et al.: Putting Evidence into Practice: Palliative Care. BMJ Publishing Group, London, UK, 2008.
- Candy, B., Jackson, K.C., Jones, L. et al.: Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients (review). *Cochrane Database Syst. Rev.*, Issue 11: CD004770, 2012.
- Cobb, J.L., Glantz, M.J., Nicholas, P.K. et al.: Delirium in patients with cancer at the end of life. *Cancer Pract.*, 8; 172-177, 2000.
- de Stoutz, N.D., Tapper, M. and Fainsinger, R.L.: Reversible delirium in terminally ill patients. *J. Pain Symptom Manage.*, 10; 249-253, 1995.
- Fainsinger, R., Miller, M.J., Bruera, E. et al.: Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J. Palliat. Care.*, 7; 5-11, 1991.
- Gagnon, P., Allard, P., Gagnon, B. et al.: Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multi-component intervention. *Psycho-Oncology*, 21; 187-194, 2012.
- Ganzini, L.: Care of patients with delirium at the end of life. *Ann. Longterm Care.*, 15; 35-40, 2007.
- Inouye, S.K.: Delirium in older persons. *N. Engl. J. Med.*, 354; 1157-1165, 2006.
- Lawlor, P.G., Gagnon, B., Mancini, I.L. et al.: Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch. Intern. Med.*, 160; 786-794, 2000.
- Marcantonio, E.R.: In the Clinic: Delirium. *Ann. Intern. Med.*, 154; ITC6, 2011.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S. et al.: The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support. Care Cancer*, 7; 128-133, 1999.
- Morita, T., Tei, Y., Tsunoda, J. et al.: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J. Pain Symptom Manage.*, 22; 997-1006, 2001.
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y. et al.: Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*, 45; 107-113, 2004.
- Morita, T., Akechi, T., Ikenaga, M. et al.: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J. Pain Symptom Manage.*, 34; 579-589, 2007.

- Moyer, D.D.: Terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life. *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, 28; 44-51, 2011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Delirium: diagnosis, prevention and management. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London, 2010.
- 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会: 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 金原出版, 東京, 2010.
- Pereira, J., Hanson, J. and Bruera, E.: The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer*, 79; 835-842, 1997.

会 告

第56回日本病院・地域精神医学会

会期: 2013年10月12日(土), 13日(日)

会場: かでる 2・7 (北海道札幌市中央区北2条西7丁目)

テーマ: 「危機からの回復と成長」

大会長: 田辺 等 (北海道立精神保健福祉センター)

プログラム: 特別講演 (倉本 聡) / 講演 (飛鳥井 望) / 教育講演 (久住一郎, 井上 猛, 田中康雄) / シンポジウム 「震災からの時間をふり返る—宮城からの報告—」
「思春期・青年期の危機」ほか (シンポジスト…傳田健三, 松本俊彦ほか)

大会ホームページ: <http://www.knt.co.jp/ec/2013/jhcpa56/> (参加登録)

事務局 E-mail: jhcpa56th@scu.ac.jp (守村 洋 (札幌市立大学看護学部))

がん領域における精神心理的ケアの連携

小川 朝生

抄録:

がん医療においては、抑うつ状態や認知症、せん妄に対するケアを含めた精神心理的ケアが強く求められている。わが国では2007年に施行されたがん対策基本法に基づき、推進され、がん対策推進基本計画には、「がん患者・家族の療養生活の質の維持・向上」を目標に、精神心理的ケアの提供体制の整備が進められている。その結果、全国のがん診療連携拠点病院397か所には、精神科医の配置を必須とする緩和ケアチームの設置が義務づけられ、患者家族の相談窓口として相談支援センターも開かれるようになった。

患者家族が利用をするには、がん治療と連携した精神心理的ケアが提供される必要がある。わが国独自の課題として、精神医学の臨床教育が十分に提供されていないことから、精神心理的ケアのアセスメントが十分に行われていない問題がある。その課題に対応するために、包括的アセスメントを支援するComprehensive Assessment Sheet (CAS)を開発し、教育ツールとして公開している。

さらに、連携を推進するために試みられたスクリーニングシステムは、単独では実施困難であること、また精神心理的ケアは複合的かつ中長期の支援が必要なことから、パスよりも濃密な介入が可能なケースマネジメントシステムを主体に開発を進めている。CASをICTクラウドに導入し、情報共有システムと一体化した連携システムを開発し、実施可能性を検証することを計画している。

日社精医誌 22 : 123-130, 2013

索引用語: がん, 緩和ケア, 緩和ケアチーム, コンサルテーション・リエゾン精神医学, ケースマネジメント
cancer, palliative care, palliative care team, consultation-liaison psychiatry, case management

がんの概要

わが国は高齢化社会を迎え、同時にがん(悪性腫瘍)に罹患する患者も増加している。2007年のがん罹患・死亡データに基づく、日本人の男

性・女性ともにおおよそ2人に1人が一生のうちにかんを診断を受けることになる。

現在、毎年日本人の64万人以上ががんに罹患し、約300万人が治療あるいは経過観察中、34万人ががんと原因として死亡している。今後高齢化

が進行する2025年ころには、毎年90万人ががんに罹患し、530万人が治療中または経過観察中となり、43万人が死亡する¹⁾。そのころには日本人の3人に1人ががんで死亡する見込みであり、まさしくがんはわが国の国民病ともいえる。重要なことは、わが国の医療を考えるうえで、がんというものは数が多く、その影響も大きい点にある。

がん領域のメンタルヘルス

がんの治療というと、抗がん剤治療に伴う悪心や脱毛など身体的苦痛が強い。しかし、薬物療法に伴う有害事象対策が進歩をした結果、患者の関心は、身体治療に伴う苦痛から精神心理的苦痛へ移行しつつある。特にがん治療の進歩により予後が延長したことに伴い、がん治療は慢性疾患の様相も帯び、経済的問題や精神心理的問題が増加している¹⁾。

がん領域の精神心理的問題

がん治療全般をとおして、様々な精神症状が出現する。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る。特に頻度の高い疾患は、せん妄と認知症、うつ病、適応障害である。うつ病はがんの種類や病期にかかわらず、がん患者の約5~7%が罹患していると推測されている²⁾。

がん医療においてうつ病の診断・治療の重要性が繰り返し指摘される背景には、いくつかの要因があげられる。

- 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うつ病に伴う身体症状を、がん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、うつ病が見落とされることが知られている³⁾。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、「がんと告げられれば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の過小評価により、抑うつ状態が見落とされがちである。

- 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とおして、身体治療にも影響する。

- c) 器質的な原因が重畳すること

がん患者の抑うつ状態を評価する際に、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、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す。

- d) 疼痛との関連

がん患者のうつ病の最大の原因の一つは、コントロールされていない疼痛にある。がんにおいては、70%の患者が疼痛を経験する。特に、がんの進行期では、約75%の患者が自覚する。がんの疼痛に対して、WHO方式のがん疼痛治療法が推奨されている。WHO方式を実施することで、がん患者の80%は適切な除痛を図ることができるが、残り20%には残念ながらがん関連疼痛が残るといわれている。

英文タイトル: Psycho-Social Care Integrated with Cancer Treatment
 著者連絡先: 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)
 〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1
 TEL: 04-7134-7013 FAX: 04-7134-7026
 E-mail: asogawa@eastncc.go.jp
 Corresponding author: Asao Ogawa
 Division of Psycho-Oncology, Research Center for Innova-

tive Oncology, National Cancer Center Hospital East 6-5-1 Kashiwanoha, Kashiwa, Chiba 277-8577, Japan

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
 Asao Ogawa: Division of Psycho-Oncology, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East

スクリーニング

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・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た⁹⁾。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しいことから、患者の負担を軽減するために、VAS (Visual Analog Scale) やつらさ支障の寒暖計、ワンクエスチョンインタビューといったウルトラショートなツールが開発された。

スクリーニングは効果的か

うつ病の見落としを防ぐためにスクリーニングの有用性を示した研究はあったが、臨床においては普及をしなかった。

プライマリ・チームレベルでは、うつ病が高頻度に見落とされていることを考えて、スクリーニングを用いて治療につなげる必要性を強調する意見がある一方、うつ病の有病率が低く、スクリーニングの偽陽性が高いため、効率的な運用が難しいことが指摘されている。NCCNにおいても、精神心理的ケアに関するスクリーニングを実施している施設は3割程度であり、その半数以上が、主治医が気付いた際に問診をするという報告であった⁹⁾。さらに、がん医療におけるうつ病は、告知等へのストレス反応の要因が大きく、抑うつ症状が持続しない症例も多い。たとえば、1回スクリーニングで陽性として出て、2週間のうちに自然経過で改善する例もあり、スクリーニングによる介入効果自体を疑問視する意見もある。

また、うつ病には身体症状や心理的因子に加え、社会経済的な要因やソーシャルサポート等社会因子の影響も強い。たとえば、がんの精神心理的ケアの代表的な課題である告知後の問題をあげる。がんの診断の告知や延命治療の中止など、患者の今後の見通しを根底から覆すような内容を告げられると、患者は強いストレス反応を呈する。

海外の疫学研究では、告知後1か月間の患者の自殺割合は、一般人口のそれのおよそ10倍と見積もられている。この患者を支援するためには、通常のストレス反応への対応に加えて、その後のがん治療を見据えた情報提供と治療に関する意思決定支援が同時に行われる必要がある。

うつ病への対応は、つまるところ社会的因子を含めたマネジメントが必要となり、急性期の医療モデルだけでは納まらず、生活支援の要素を含めた調整が必要となる。スクリーニング単体での効果は期待できず、加えてうつ病のマネジメントのできるコーディネーターを配置し、継続的な関わりを行い、必要時に専門家を受診する体制が求められるようになっている (integrated care model)。

わが国のがん医療における精神心理的ケアの提供体制を考える

本来スクリーニングとは、通常の診療や日常生活では発見できないような微小な変化をとらえて、症状が顕在化する前に早期に発見をし、早期に対応をすることをとおして、疾病管理を容易にするという2次予防の発想で行われる。しかし、身体疾患治療中の患者に対するうつ病スクリーニングは、「すでに顕在化しているもの一般臨床で気付かれない抑うつ症状を拾い上げる」ことを目的としており、いわゆる2次予防のスクリーニングの発想とは異なる。

すなわち、解決しなければならない問題は、「うつ病の症状がありながらも気付かない」点にある。

海外と比較してわが国で問題なのは、うつ病や認知症などの精神症状に対する臨床教育がほとんどなされていない点である。多くの医療従事者は、教育課程で精神医学の基本教育を学ぶが、その後の臨床研修においては身体疾患患者の治療上重要なうつ病や認知症のアセスメントや対応について学ぶ機会をほとんど持たない。がん医療で問題になっているのは、この精神症状が見落とされることが多く、患者が適切な治療を受けていない点である。一般的にがん患者のうち、20~40%に

がん医療における専門分化と断片化

他の疾患対策と、がん対策で大きく異なる点には、がん対策が法律に基づいて策定・実施される点にある。2007年に施行されたがん対策基本法に基づき、国の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」が策定され、その指針に基づき各都道府県において基本計画が策定・実施されている。

上記基本計画では、「がん患者・家族の療養生活の質の向上」を目指して、わが国の拠点病院には、精神科医の参加を必須とする症状緩和の専門的役割を担う緩和ケアチームと、患者家族の相談窓口となる相談支援センターの設置が義務づけられた。加えて、拠点病院は、がん診療に携わる医師を対象に緩和ケア研修会の開催が義務づけられており、今後5年間で拠点病院においてがん医療に携わる全医師が受講することが目標に掲げられている。

このように、がん医療においては、患者家族の要請に応える形で、各種の支援サービスが制度化されてきたが、現実には支援が行き届いていないとの声が続いている。その背景には、①相談支援センターや緩和ケアチームが実質上機能していない、②使いたくてもアクセスできない、③相談をしてその場で解決できる問題には対応をしてくれない、治療の見通しや方向性に関わる問題を扱えない、点があげられる。すなわち、患者の抱える問題に対応して、複数の支援が制度化されてきてはいるが、互いに重複している一方、カバーできていない面がある(ケアの最適化、包括化ができていない)点と、ケアの継続性が担保されていない点、すなわち支援体制が分断化してしまっている問題があげられる。

特に、中長期の支援を考えなければならない精神心理的ケアの観点からは、ケアの継続性を確保するための取り組みが緊急の課題と認識している。

クリニカルパスとケースマネジメント

ケアの継続性を確保するための対応には、クリ

ならんかの精神医学的な問題があり、このうちの75%の患者が精神医学的な問題を見落とされ治療を受ける機会を失っているといわれる⁸⁾。

上記のわが国に特有の問題を踏まえて、わが国のがん医療におけるメンタルケアを包括的アセスメントに含める方法を検討し、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では次のような包括的アセスメント方法を開発した。

がん医療における包括的アセスメント方法

精神心理的苦痛のアセスメントをする時に、解決できる問題を見落とさないことを第一に考えて、下のような順番で評価する(図1)。

最初に、その苦痛が身体症状から来ている苦痛ではないかを考える。身体症状から来る苦痛(疼痛、倦怠感、呼吸困難感など)が緩和できているかどうかを考えて、それが否定できるか、あるいはほとんど症状緩和がなされていると判断できる場合に、2番目の可能性の精神症状を考える。そして精神症状の緩和(せん妄に対する対応、うつ病に対する対応など)がなされている、あるいは否定できると判断して、はじめて社会環境・経済的問題、心因的な問題を検討する。

また、上記の包括的アセスメントに則り、アセスメント方法を教育研修するプログラムを作成し、教育支援ツールとして平井、小川らはComprehensive Assessment Sheet (CAS)を開発した(図2)。CASの特徴は、①包括的アセスメントシートに従って項目を配置し、各問題点を項目に従って並べることにより包括的なアセスメントが自然と完成する構成になっていること、②項目ごとに問題点を可視化することにより、問題の見落としを防ぐことができること、③各種問題とプライマリ・チームの認識を記載し、比較検討することで、コンサルテーションの介入ポイントとその優先順位、達成すべき目標も認識することができる点にある。

現在、日本サイコソングロジー学会を中心に、多職種に向けた精神心理的問題を身体症状や社会的問題とあわせた包括的アセスメントの研修会を開催している。

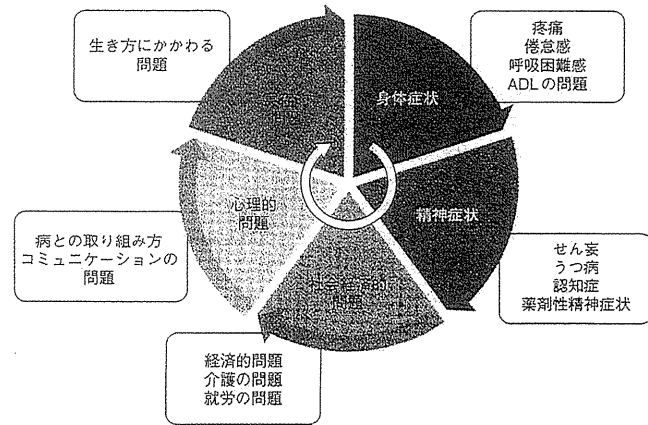


図1 包括的アセスメント

| ID | 性別 | 名前 | 主科 | 原発 | 病期 | 転移 |
|----------------|-------|------------|----------|-------------|--------|--------|
| 年齢 | PS | 家族(キーパーソン) | 予後 | 治療の希望・目標・方針 | | |
| 問題: | | | | | | |
| →→→→→ | | | | | | |
| | | | ①身体症状ADL | ②精神症状 | ③社会的問題 | ④心理的問題 |
| プライマリー(コンサルティ) | 評価 | | | | | |
| | 対応・ケア | | | | | |

図2 CAS (Comprehensive Assessment Sheet)

ニカルパスとケースマネジメントの2つの手法がある。

クリニカルパスは、工学系のプロセス管理で用いられていた手法を、医療に応用したものである¹²⁾。Karen Zanderによって開発され、米国に

導入されたDRG/PPS (diagnosis-related group / prospective payment system: 疾患別関連群包括払い方式)という診断群別の包括払いの診療報酬によって、急性期病院を中心に急速に導入されるに至った。パスの功績は医療の標準化を大きく推

進した点にある。平均的な治療の流れが可視化され、最適化を進める強力なツールになる一方、個別化された問題には対応しづらい点がある。

ケースマネジメントは、「多様なニーズを持った人々が、自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすことを目的として、フォーマルおよびインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する人もしくはチーム活動」を指す⁹⁾。その特徴は、ケースマネージャーを中心に、直接介入と間接介入を調整し、ケアの包括性と継続性を図る点にある。

がんでは、対人サービスでは、チームワークを前提とするとされるが、実情はサービスの専門化や断片化が生じている。そこであらためて、サービスを調整し、統合するために、われわれはケースマネジメントの手法を用いた外来患者支援システムの試みを計画している。

がん領域における ケースマネジメントモデルの構築

このような連携を必要とするマネジメントが有効に機能するためには、3つの要件がある。すなわち、①一貫した目標の設定、②包括的ケアの視点として社会的要因に配慮をしたサービスの編成と提供体制の最適化、③変化を見逃さないモニタリングシステムが埋め込まれていること(連携の空白を作らない)、である¹⁰⁾。

また早期検出・簡便診断に基づいたマネジメントを実施するためには、複数の医師が連携するだけでなく、看護師による各専門職の役割の調整や、定期モニタリング機能を有する専門職と患者・家族との密接な接触など、多様な連携が必要である¹⁰⁾。

しかし、上記の有効要件が明らかとなったとしても、モニタリングを定期的に行うには労力がかかりアドヒアランスが確保しづらいこと、治療との調整に時間がかかること、などから、連携したマネジメントは困難である⁴⁾。事実、がん患者の身体・精神症状に対する多職種協同介入プログラムの有効性は示されているが、運用に必要とす

る人的・時間的・金銭的問題から臨床応用には至っていない⁷⁾。

近年、ICT (Information and Communication Technology)技術が進歩し、医療の領域においては従来の電子カルテを越えた情報共有・連携システムとして機能する可能性が指摘されている。わが国においても厚生労働省と経済省を中心に医療・福祉情報のサービスを検討する委員会が構成され、クラウド等医療情報を外部に保管するガイドラインも策定され、施設を越えて医療情報を共有する情報プラットフォームが開発され導入されつつある⁶⁾。この情報プラットフォームを用いることで、①リアルタイムに情報を共有することが可能となる、②電話と異なり患者の自由な時間にモニタリングをすることが可能となり患者の負担が軽減すること、③簡便な介入を少ない労力でできること、などの利点がある。その結果、従来医療資源上の制約で実現が困難であった多職種協同マネジメントシステムがより少ない資源で実現可能となる。

そこで、われわれは、わが国でも可能となったクラウドタイプの情報共有プラットフォームを用いて、包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することを計画した。より具体的には、高齢進行がん患者を対象とし、外来通院中の患者に対してクラウド情報共有プラットフォームをベースに、①包括的アセスメントである高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)を行い、社会的要因を配慮したマネジメントプランを作成、②同時にICT技術を用いた症状モニタリングシステムをわが国で初めて導入して組み込み、③マネジメントを担当する看護師を中心とした支援を行い、病状に合わせた「間に合わなくならない」コーディネーションが行えるかを検証することを計画している(図3)。今後、世界に先駆けて高齢化を迎えた、わが国から新たな知見を発信できることを期待している。

次の目標：ITクラウドを用いたケースマネジメントシステム (SAFE-PAC)

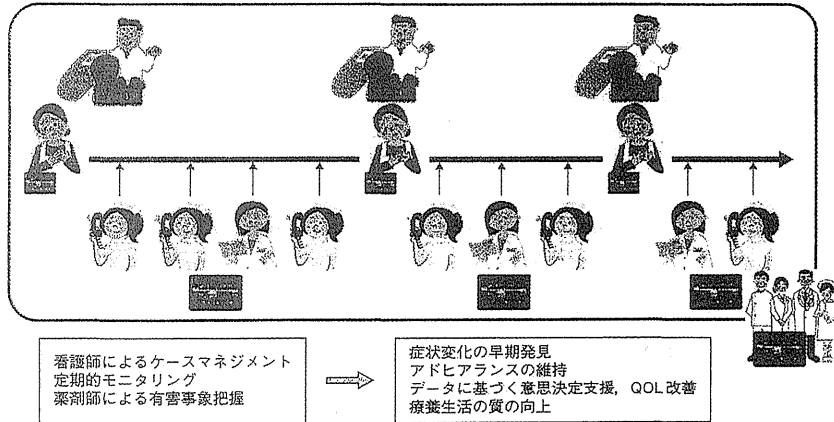


図3 Support Aids for Fragile Elderly patients to ensure Proactive Coordinated care : (SAFE-PAC) 標準化された包括的アセスメントと意思決定支援システム。クラウドを利用した定期的モニタリング。IT支援を用いた情報共有の負担軽減。

文 献

singi/it2/iryouyouhou/pdf/201206_houkokusho.pdf

- 1) Carelle, N., Piotto, E., Bellanger, A., et al.: Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer* 95 (1) : 155-163, 2002
- 2) Derogatis, L.R.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983
- 3) Distress Management, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (<http://www.nccn.org>)
- 4) Hurria, A., Gupta, S., Zauderer, M., et al.: Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer* 104(9) : 1998-2005, 2005
- 5) Institute of Medicine (IOM). The psychosocial needs of cancer patients. In: Adler, E.N., Page, A. E.K. (Ed): *Cancer Care for the Whole Patient*, 23-50, The National Academies Press, Washington DC, 2008
- 6) 医療情報化に関するタスクフォース報告書(2012年6月とりまとめ分). <http://www.kantei.go.jp/jp/>
- 7) Jacobsen, P.B., Wagner, L.J.: A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care. *J Clin Oncol* 30 (11) : 1154-1159, 2012
- 8) 公益財団法人がん研究振興財団：がんの統計'12, 2013
- 9) Moxley, D.P.: *The Practice of Case Management*. Sage Pub, USA, 1989
- 10) 小笠原浩一：地域包括ケア。小笠原浩一、島津望編：地域医療・介護のネットワーク構想。1-22, 千倉書房, 東京, 2007
- 11) Wilson, G., et al.: 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネジメント。Chochinov, H.M., et al. Ed (内富庸介監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック), 初版, 29-53, 星和書店, 東京, 2001
- 12) Zander, K.: Managed care within acute care settings : design and implementation via nursing case management. *Health Care Superv* 6 : 27-43, 1988

abstract

Psycho-Social Care Integrated with Cancer Treatment

Asao Ogawa

Although remarkable progress has been made in cancer treatment, most patients with advanced cancer eventually face complex physical, psychiatric and social problems related to their disease, treatment or comorbidities (1, 2). It is strongly recommended that palliative care services should be provided earlier in the cancer trajectory. General services provided by hospitals cannot always manage these problems effectively. Many international organizations support early incorporation of palliative care in oncology practice and hospital-based palliative care programs have rapidly expanded over the past decade. Palliative care teams now play a key role in the management of symptoms, psychosocial support, assistance with decision-making and care coordination across providers. Research shows that psychological distress in the form of depression and other mental health problems is associated with increased morbidity and mortality and decreased functional status. Approximately 29-43% of patients with cancer (all types, all stages) fulfill the diagnostic criteria for psychiatric disorder. A number of studies have suggested that psychosocial care services contribute to improving patients' quality of life. However, cancer patients report that many health-care providers still do not consider psychosocial support as an integral component of quality cancer care and may fail to recognize, adequately treat or provide a referral to the required services for depression and distress in cancer patients. The reasons for under-recognition are the failure of clinicians to inquire about psychosocial problems because of inadequate education and training (including inadequate clinical practice guidelines) in these issues, a lack of awareness of available services to address these needs or a lack of knowledge about how to integrate the attention to psychosocial health needs into their practice. The program which could address cross-system problems and coordinate benefits is needed.

In Japan, the Basic plan to Promote Cancer Control Programs based on the Cancer Control Act was launched in June 2007. It defines the basic concept of cancer control and aims to promote comprehensive and well-planned cancer control in Japan. One of three overall goals is to reduce of burden and improve of quality of life among cancer patients and their families. The prefectural and local cancer hospitals are required to provide a hospital-based palliative care team, with a consultation-liaison psychiatrist as core members, and a cancer support center.

Many cancer centers lack a system of psychosocial care that is integrated with the cancer care of the patients. Also, clinical training programs of psychiatry have not been well established. To settle this issue, we have developed "Comprehensive Assessment Sheet: CAS" as the assessment support tool for cancer care, and provide training programs for psychosocial assessment in cancer treatment.

Case management models are increasingly engaged in healthcare systems to improve coordination and continuity of care. Most programs are based on case managers who are experienced nurses engaged full-time to undertake coordination and support in relation to individual patients having complex healthcare needs. Case management may be an effective method to improve coordination and continuity of cancer care and to improve cancer patient's health related quality of life. However, the effectiveness of case management in cancer care has been little studied. Then, we have developed the management support system for the case management in cancer with information and community technology clouds. We are going to test the effectiveness of hospital based case management during the treatment period in lung cancer.

Jpn Bull Soc Psychiat 22:123-130, 2013

Division of Psycho-Oncology, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East

脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病の評価と治療

木村 真人¹⁾, 小林 士郎²⁾, 水成 隆之²⁾, 駒場 祐一³⁾, 下田 健吾¹⁾, 秋山 友美¹⁾

抄録:

日本医科大学千葉北総病院脳神経センターでは、2008年3月から印旛脳卒中地域医療連携パス、2010年11月からは千葉県共用脳卒中地域医療連携パスが運用されている。脳卒中地域医療連携パスで重要なことは、急性期・回復期・維持期での適切な医療体制の連携と情報共有である。脳卒中の場合には、「疾病」から「障害」、「障害」から「生活」へと病期によりアプローチの仕方が変わるため、各ステージにおける視点の違いをお互いに理解した医療展開が必要である。

一方、脳卒中後にうつ病を併発すると、認知機能の悪化、日常生活動作の回復遅延、死亡率の増加が起こり、抗うつ薬治療による予後の改善が明らかになっている。しかしながら、脳卒中後の落ち込みは当然なこととして、見逃されることが多く、適切な治療が行われていないのが実状である。

脳卒中後のうつ病を見逃さないためには、脳卒中地域医療連携パスに、「簡易健康質問票」(Patient Health Questionnaire: PHQ-9)を加え、各ステージの主治医にうつ病の評価と治療を実施してもらうとともに、精神科医との連携を図り、随時脳卒中後うつ病に対する診断・治療についての相談・アドバイスが可能な地域医療ネットワークの構築が重要である。

日社精医誌 22 : 147-154, 2013

索引用語: 脳卒中地域医療連携パス, 脳卒中後うつ病, うつ病評価, PHQ-9
clinical pathway for local stroke network, post-stroke depression, assessment of depression, PHQ-9

英文タイトル: Assessment and Treatment of Depression in the Clinical Pathway for Local Stroke Network
著者連絡先: 木村真人(日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科)
〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
TEL: 0476-99-1111 FAX: 0476-99-1926
E-mail: kimu88@mns.ac.jp
Corresponding author: Mahito Kimura
Department of Mental Health, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital
1715 Kamagari, Inzai, Chiba 270-1694, Japan

1) 日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科
Mahito Kimura, Kengo Shimoda, Tomomi Akiyama :
Department of Mental Health, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital
2) 日本医科大学千葉北総病院脳神経外科
Shiro Kobayashi, Takayuki Mizunari : Department of Neurosurgery, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital
3) 日本医科大学千葉北総病院神経内科
Yuichi Komaba : Department of Neurology, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital

はじめに

2008年4月の診療報酬改定で脳卒中中の地域連携診療計画、いわゆる脳卒中地域医療連携パスに対する地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料が認可された。

脳卒中地域医療連携パスで重要なことは、急性期・回復期・維持期での適切な医療体制の連携と情報共有である。脳卒中の場合には、「疾病」から「障害」、「障害」から「生活」へと病期によりアプローチの仕方が変わっていくため、各ステージにおける視点の違いをお互いに理解した医療展開が必要なことである。

一方、脳卒中後にうつ病を併発すると、認知機能の悪化、ADLの回復遅延、死亡率の増加が指摘され、抗うつ薬治療により予後の改善が明らかになっている。しかしながら、脳卒中後の落ち込みは当然なこととして、見逃されることが多く、適切な治療が行われていないのが実状である。

現在、筆者らは当院での脳卒中地域医療連携パスに、うつ病評価を導入する取り組みを行っているところであり、本稿では、脳卒中後のうつ病についてのこれまでの知見を中心に、その取り組みについて紹介したい。

脳卒中後のうつ病

脳卒中とうつ病との関連は古くから知られている。これらの病態は、脳卒中による症候性ないし二次性のうつ病と捉えられ、脳梗塞、脳出血などの病型による差異は明らかではなく脳卒中後うつ病(post-stroke depression: PSD)と呼ばれている。脳卒中は、他の身体疾患と比較して、脳そのものが損傷を受けること、また身体機能障害や言語障害などの出現があり、当初から脳損傷による病態生理学的な変化の結果であるという「脳障害説」と、共感できる理解可能な心理的反応であるという「心因説」の2つの病因論的視点が存在していた。

1960年代までは、心因説が優勢であったが、1977年 Folsteinら¹⁾は、身体機能障害の程度を一

致させた脳卒中患者と整形外科患者において、うつ病の発現頻度を比較したところ、整形外科患者が10%であるのに脳卒中患者は45%であったことから、PSDは身体機能障害に対する単純な心理的反応ではなく、直接的な脳損傷がうつ病の発症に関与していると結論づけている。その後 Robinsonら¹⁵⁾が、脳卒中病変が左前頭葉にあるとPSDの発症頻度が高く、またその病変が左半球の前頭極に近いほどうつ状態の重症度も高いという「左前頭葉障害仮説」を報告し、それまであまり注目されていなかったPSDの国際的関心が惹起され、PSDばかりでなく脳病変のない機能性うつ病の病因研究においても重要な手がかりを与え、現在に至るまで多くの議論が続いている。

PSDの診断・有病率と早期発見

PSDの診断は、多くの研究者がアメリカ精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)を用いている。最新版のDSM-IV-TR²⁾ではPSDは他の気分障害の中の「一般身体疾患による気分障害」に該当し、「大うつ病様エピソードを伴うもの」と「うつ病性の特徴を示すもの」に分類される。このなかで、「うつ病性の特徴を伴うもの」は軽症のPSDと考えられ、DSM-IVの研究用カテゴリーにある「小うつ病」の診断基準が用いられることが多い。

この診断基準を使った欧米の医療機関で実施されたPSDの有病率の調査によると、調査時期によっても変動があるが、脳卒中後の大うつ病は11~40%、小うつ病は8~44%で、平均すると大うつ病が約20%、小うつ病が約20%になる¹⁶⁾。

脳卒中後に軽症を含めると40%に及ぶ患者がPSDを発症するにもかかわらず、PSDは過少診断され、見過ごされていることが少なくない。その要因としては、「脳卒中で麻痺とか言語障害などが起こったのだから落ち込むのは仕方ない」と当然な反応として捉えられてしまうからである。

PSDの早期発見については、①PSDは急性期でも慢性期でも発症することを認識する、②患者

表1 簡易健康質問票(PHQ-9)

| 最近2週間に、以下の点について悩んだことがありますか。 | 全くなかった | 数日あった | 半分あった以上 | ほとんど毎日 |
|---|--------|-------|---------|--------|
| A 物事に対して興味がなく、または楽しめなかった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C 寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に寝過ぎたことがあった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D 疲れた感じがする、または気力がなかった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| E 食欲がない、または食べ過ぎた | 0 | 1 | 2 | 3 |
| F 自分自身が悪いと気に病む—または自分は失敗した、あるいは自分または家族に申し訳ないと感じた | 0 | 1 | 2 | 3 |
| G 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しかった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対にそわそわしたり、落ち着かず、普段よりも動き回ることがあった | 0 | 1 | 2 | 3 |
| I 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがあった | 0 | 1 | 2 | 3 |

上記の項目で1つでも当てはまる方に質問です。
 当てはまる状況はどの程度日常生活、入院生活に影響を与えていますか？
 0. 全く困難なことはない 1. やや困難 2. 困難 3. 極端に困難である
 A, Bのどちらか1項目以上が2点以上、かつA~Iの網掛け部分が2項目以上あれば「うつ病、うつ状態」
 その他は「非うつ状態」。
 軽症：9点以下、中等症：10~14点、やや重症：15~19点、重症：20点以上
 うつ病の治療：有・無
 精神科との連携の必要性：有・無

(文献12, 20から引用改変)

の表情や態度をよく観察する(表面的には弱音を吐けず、無理して元気に振る舞うことがあるので注意)、③リハビリテーションが進まない状況や悲観的言動に注意する。④元気がないと感じたら、患者の置かれた状況を共感したうえで、うつ症状を確認する。⑤可能なら、うつ状態のスクリーニングを実施する、ことなどが重要である。当院脳神経センターでは、メンタルヘルス科の臨床心理士が、週1回回診について、DSMの診断基準を基にして作成された「簡易健康質問票」(Patient Health Questionnaire: PHQ-9^{12,20}) (表1)を用いて自己記入式のスクリーニングを実施し、PSDが疑われた場合には、精神科医の往診や外来診察によって、改めてPSDの診断・治療を行っている。

PSDの病変部位と発症メカニズム

Starksteinら²¹⁾は、皮質および皮質下の局在にかかわらず脳卒中の左半球病変で有意にうつ病の頻度が高いこと、皮質下病変では左基底核病変で大うつ病の頻度が高いことなどを報告し、Robinsonの左前頭葉障害仮説を発展させている。その他多くの研究者がPSDと病変部位の検討を行っているが、必ずしも一致した見解は得られていない。

このような研究者間の不一致に対する一つの回答としてRobinsonらのグループは、それぞれの研究の観察時期の違いに注目し、脳卒中後2年間にわたる追跡調査を行っている。それによるとうつ病の発症時期と重症度との相関において、脳卒中後の急性期は左半球病変と前頭極からの近さと関連し、12~24ヶ月の長期追跡時では右半球病変

と前頭極からの近さと関連することを示し、PSD発症については、脳卒中からの期間を考慮することが必要であると報告している¹⁹⁾。

彼らは脳卒中後の急性期に発症するうつ病は、生物学的要因が強く、とくに背外側前頭前野、眼窩前頭野、基底側頭核、尾状核、扁桃核、視床背内側核を含む腹外側縁系回路が重要な役割を果たしているとして推測している。一方、脳卒中後1~2年後に発症するうつ病では、社会機能障害やADL障害との関連があり、心理社会的要因が強くなるという新しく修正した仮説を提唱している¹⁹⁾。

血管性うつ病の概念

高齢者のうつ病と脳血管障害の関連については、1980年代からのMRIの普及により、詳細な形態学的画像研究が行われ、Krishnanら¹⁰⁾は、高齢うつ病患者が健常対照者に比較して白質高信号が有意に多いことを報告し、以降同様の報告が相次ぎ、本邦でもFujikawaら⁶⁾が65歳以上の高齢発症のうつ病では大多数に潜在性脳梗塞が皮質および皮質下に認められることを明らかにした。これらの研究成果を踏まえ1997年多発性脳梗塞に

による血管性認知症(vascular dementia)の概念に合わせる形で血管性うつ病(vascular depression: VDep)という概念が提唱された。同年、Krishnanら¹¹⁾はMRI上に潜在性を含めた脳梗塞を認めるMRI-defined VDepを規定し、Alexopoulosら¹²⁾は脳血管障害の危険因子を有する高齢うつ病に対してもVDepの診断は可能であるとしてclinically-defined VDepという病態を規定した。両者ともVDepは血管障害を基盤とするうつ病全体を包括する概念として、明らかな脳卒中発作後に発症するPSDもその中に包含している。

脳血管障害とうつ病との関係

PSDを含めたVDepの発症は、脳血管障害がうつ病を引き起こすといった観点での議論が多かったが、最近では、うつ病自体が血管障害を促進しているといった双方向性の議論が活発になっている。例えばうつ病における血小板凝集能の亢進、 ω 3脂肪酸の減少、脳由来神経栄養因子(brain-derived neurotrophic factor: BDNF)の減少、視床下部・下垂体・副腎皮質(HPA)系を介したグルココルチコイド分泌の増加、炎症反応を調整するサイトカイン系の亢進などが血管障害のリスクを高

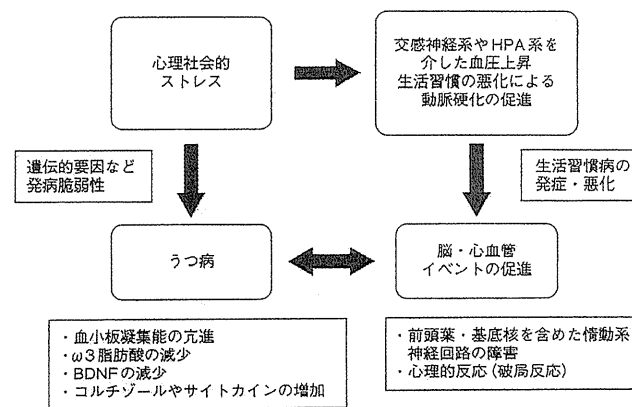


図1 うつ病と血管障害の双方向性議論

められていると推測されている³⁾。また共通の規定因子としては、心理社会的ストレスが、うつ病を引き起こすとともに、交感神経系やHPA系を介して血圧を上昇させたり、生活習慣を悪化させて、動脈硬化を促進し、脳・心血管イベントの発症を促進することが指摘されている。したがって、うつ病が発症すると、脳・心血管イベントの促進が起こり、再梗塞などによる死亡率の増加に繋がるため、脳血管障害とうつ病両者の予防・治療が非常に重要になるわけである(図1)。

PSDに対する治療戦略

PSDの予防については、生活習慣病の予防・治療・管理、運動などを取り入れたライフスタイルの改善が重要である。またPSDに対する抗うつ薬治療によって、認知機能³⁾やADL⁴⁾の回復とともに生存率まで改善される⁷⁾ことが示されており、薬物治療は非常に重要である。実際には、高齢者が多く脳の脆弱性があり、副作用が惹起されやすいため、どの薬剤も低用量から開始し、増量も緩徐に行うことが原則である。第一選択薬としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)あるいはノルアドレナリン作動性/特異的セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)などの忍容性に優れた薬剤が挙げられる。不安焦燥感や不眠が強い場合には、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用も考慮されるが、依存性のほか、認知機能の悪化や筋弛緩作用による転倒などの危険があるため抗うつ薬の効果が出現するまでの短期間の使用に留め、短時間型を頓用使用程度に用い、不眠に対してもミルタザピン、ミアンセリン、トラゾドンなど睡眠作用をもつ抗うつ薬の使用がより望ましい。最近の知見では、SSRIであるエスシタロプラムを脳卒中後に投与することでうつ病発症を予防できること¹⁷⁾や、脳卒中そのものによる認知障害の改善作用³⁾に加え、BDNFの増加に基づく神経新生¹⁸⁾、神経保護作用¹⁹⁾などが明らかにされている。おそらく抗うつ薬のそれらの作用が脳卒中後の生存率の改善にも寄与しているのではな

いかと考えられる。もちろん支持的精神療法や問題解決療法が有用なことは言を待たない。

抗うつ薬治療が奏効したPSD症例

69歳 女性 夫と長男家族3人の5人暮らし
 現病歴：X-1年10月左中大脳動脈領域脳梗塞で右半身の片麻痺を認め当院脳神経センターで入院加療。その後当院脳外科通院しながらリハビリ病院へも通っていた。リハビリ病院へは、「早く治さなくては」といって比較的積極的に通っていたが、X-1年12月頃より、「私がいてもみんなに迷惑ばかりかけて、ごめんなさい」と涙ぐみ、横たわることが多くなり、リハビリ病院へ行くのも辛そうな状態が続くということで、X年1月脳外科からの紹介で当科初診。

初診・治療経過：うつむき加減で、「私はもうダメみたい」「みんな優しくしてくれるのに申し訳ない」「死ねないけど、生きていくのも辛い」と泣きながら訴え、憂うつ気分、罪責感、悲観的思考が強く、脳卒中後うつ病と診断し、エスシタロプラム5mg(半錠)開始とした(脳外より、エチゾラム0.5mgのほか、降圧薬、抗血小板薬が投与されていたが持続)。投与開始1週目「少し気分が楽になったような感じがします」と初診時と比べると幾らか和らいだ表情になっている。嘔気などもないとのことで、エスシタロプラム10mgに増量する。2週目、「悲しくなる感じがなくなってきました」と微笑みながら話し、家族も悲観的な言動や涙ぐむことが少なくなったと陳述する。嘔気等の副作用も出現せず、継続投与とした。4週目、「なんであんな風になってしまったのか自分でも不思議です」と、話しながら笑顔もみられるようになり、明らかにうつ症状が改善。その後、リハビリ病院の方へも、前向きに通院できるようになっており、エスシタロプラム10mgを継続して経過を見ている。

本症例は著効例だが、改善を示す症例は多いのが実際であり、PSDを見逃さずに治療することが重要である。

脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病評価と治療連携の枠組み

脳卒中治療においては予防、急性期治療、後遺症・合併症に対する総合的医療が必要であり、脳神経外科、神経内科、リハビリ科、精神科などの連携とともに、がん患者に対する緩和ケアチームと同様に看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種によるチーム介入が望まれる。患者、家族、医療スタッフが情報を共有し、患者のステージに合わせた適切な援助を提供するためには、脳卒中地域医療連携パスなどを用いた地域ネットワークの構築が不可欠である。

当院では2008年3月より印旛脳卒中地域医療連携パス(Inba Clinical Pathway for local Stroke network: InCliPS)、2010年11月からは千葉県共用脳卒中地域医療連携パスが運用されている。連携医療機関は70施設ありで、年間のパス適用者数は脳卒中患者の約40%に及んでいる。当初使用されていたInCliPSでは、療養施設・かかりつけ医から急性期医療機関への連携パスに精神科医療で用いられる精神疾患簡易構造化面接法

(Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI)¹⁸⁾によるうつ病評価尺度を用いて、PSDの評価を試みていたが、十分実施されていないのが実状であったため、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスに移行された時点で、うつ病評価尺度は省かれてしまっている。その理由としては、精神科医の連携がなかったこと、MINIがDSMの大うつ病エピソードの診断基準を満たすかどうかを判断するものであり、うつ症状の各項目の表現が専門的で、期間も2週間以上、毎日のように症状が持続しているかどうかで判定しているため、リハビリを行っているPSD患者に対してはうつ病診断のハードルが高かったこと、さらに、PSDの診断と治療の重要性の認識が乏しかったことが挙げられる。

今回2012年から3年計画の「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」という厚生労働科学研究(主任研究員：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)の中で、脳卒中地域医療連携パスにうつ病評価を盛り込んだパスの開発に着手したところである。上述したInCliPSでのうつ病評価の問題点を踏まえ、MINIではなく

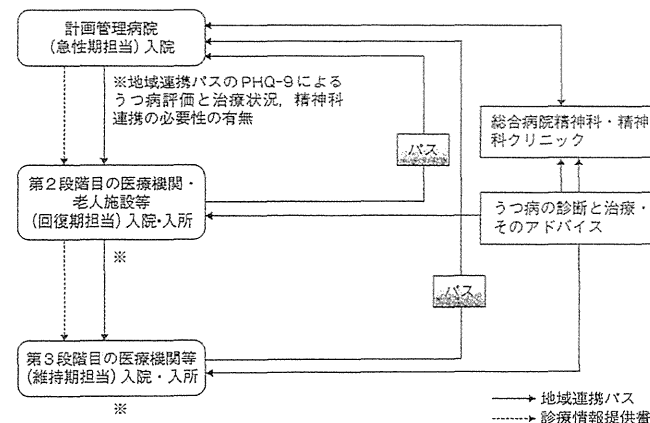


図2 脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病評価と精神科との連携

PHQ-9を用いることによって、うつ症状の各項目の表現が例示を含めて平易でわかりやすくなり、持続期間や頻度も柔軟なため、小うつ病を含めて幅広くPSDをスクリーニングできるのではないかと期待している。さらに筆者らが中心に脳卒中地域医療連携バスの連絡協議会などでPSDの診断と治療の重要性についての啓発を随時行っていく予定である。

また、急性期医療機関への一方性の連携バスによるPSD評価だけではなく、急性期担当計画管理病院を含め、回復期担当医療機関等、維持期担当医療機関等のいずれの時点でも、随時うつ病を評価し、精神科との連携を図ることで、見逃されることの多いPSDの診断と治療への導入を促進できるのではないかと考えている(図2)。

軽症から中等症のPSDであれば、各ステージにおける身体科の主治医にPHQ-9を用いた診断判定と抗うつ薬治療を実施してもらうことを想定している。もちろん連携する精神科医療機関を特定し、随時PSDの診断と治療についての相談・アドバイスをを行う予定だが、とくに重症例や治療が奏効せず症状が悪化したり、治療を開始して2ヶ月以上経っても改善がなければ地域の総合病院精神科や精神科クリニックの精神科医と速やかに連携を取れる体制が望ましいと考えている。

文 献

- Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., et al.: Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 154: 562-565, 1997
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (高橋 裕, 大野 裕, 染 矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引). 医学書院, 東京, 2002
- Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M., et al.: Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *J Affect Disord* 81: 1-16, 2004
- Chemerinski, E., Robinson, R.G., Arndt, S., et al.: The effect of remission of poststroke depression on activities of daily living in a double-blind randomized treatment study. *J Nerv Ment Dis* 189: 421-425, 2001
- Folstein, M.F., Maiberger, R., McHugh, P.R.: Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 40: 1018-1020, 1977
- Fujikawa, T., Yamawaki, S., Touhouda, Y.: Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke* 24: 1631-1634, 1993
- Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S., et al.: Mortality and poststroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants. *Am J Psychiatry* 160: 1823-1829, 2003
- Jorge, R.E., Acion, L., Moser, D., et al.: Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch Gen Psychiatry* 67: 187-196, 2010
- Kimura, M., Robinson, R.G., Kosier, J.T.: Treatment of cognitive impairment after poststroke depression: a double-blind treatment trial. *Stroke* 31: 1482-1486, 2000
- Krishnan, K.R., Goli, V., Ellinwood, E.H., et al.: Leukoencephalopathy in patients diagnosed as major depressive. *Biol Psychiatry* 23: 519-522, 1988
- Krishnan, K.R., Hays, J.C., Blazer, D.G.: MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 184: 497-501, 1997
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16: 606-613, 2001
- Lee, C.H., Park, J.H., Yoo, K.Y., et al.: Pre- and post-treatments with escitalopram protect against experimental ischemic neuronal damage via regulation of BDNF expression and oxidative stress. *Exp Neurol* 229: 450-459, 2011
- Mnie-Filali, O., Faure, C., Mansari, M.E., et al.: R-citalopram prevents the neuronal adaptive changes induced by escitalopram. *Neuroreport* 18: 1553-1556, 2007
- Robinson, R.G., Szetela, B.: Mood change following left hemispheric brain injury. *Ann Neurol* 9: 447-453, 1981
- Robinson, R.G.: The Clinical Neuropsychiatry of Stroke (濂藤俊吉, 木村真人監訳: 脳卒中における臨床神経精神医学). 星和書店, 東京, 2002
- Robinson, R.G., Jorge, R.E., Moser, D.J., et al.: Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 299: 2391-2400, 2008
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., et al.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 (Suppl 20): 22-33, 1988
- Shimoda, K., Robinson, R.G.: The relationship

- between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biol Psychiatry* 45: 187-192, 1999
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 282:

1737-1744, 1999

- Starkstein, S.E., Robinson, R.G., Price, T.R.: Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of poststroke mood disorders. *Brain* 110: 1045-1059, 1987

abstract

Assessment and Treatment of Depression in the Clinical Pathway for Local Stroke Network

Mahito Kimura¹⁾, Shiro Kobayashi²⁾, Takayuki Mizunari²⁾, Yuichi Komaba³⁾, Kengo Shimoda¹⁾, Tomomi Akiyama¹⁾

Neurological Institute, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital has made use of "Inba Clinical Pathway for local Stroke network, InChiPS" since March 2008, and "Chiba common clinical pathway for local stroke network" since November 2010.

The important things for the clinical pathway for local stroke network are appropriate cooperation medical system and sharing of information of the patient's condition in the acute phase, the recovery phase and the chronic phase. In the case of stroke, it's necessary to treat that understand the difference of approach for the treatment in each stage.

When depression is complicated after stroke, it causes decline in cognitive function, delayed recovery of activity of daily living(ADL), increased mortality for patients, and it's clear that antidepressants improve their prognosis for the treatment of depression. However, appropriate treatment is not enough in the actual situation, because post-stroke depression(PSD) is often thought as a matter of course for stroke.

In order not to overlook the post-stroke depression, it is important to add Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the clinical pathway for local stroke network, to conduct the assessment and treatment of depression in doctor in charge for each stage, and to construct a regional network that can be consulted for diagnosis and treatment for PSD in cooperation with the psychiatrist.

Jpn Bull Soc Psychiat 22:147-154, 2013

¹⁾ Department of Mental Health, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital

²⁾ Department of Neurosurgery, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital

³⁾ Department of Neurology, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital

うつ病と認知症の見分け方・関連性



しもだけんこ
下田健吾

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科講師

【略歴】1991年：日本医科大学卒業。同年、日本医科大学付属病院研修医、1995年：日本医科大学付属病院精神神経科助手、1995年：米国アイオワ大学精神科客員研究員、2005年：日本医科大学精神医学講師、2011年より現職。

【専門分野】老年精神医学、医学博士

きむらまひと
木村真人

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科部長・病院教授

【略歴】1984年：日本医科大学卒業。同年、日本医科大学付属病院神経科に入職。1999年：米国アイオワ大学精神科留学、2001年：日本医科大学精神医学助教授、2003年：日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科部長、2010年より現職。

【専門分野】精神医学、医学博士

はじめに

本邦の少子高齢化は類を見ない速度で進展している。2011年の総務省の発表によると、65歳以上の高齢者人口は2,980万人で、総人口に占める割合は23.3%と過去最高の割合を記録し、75歳以上の割合も11.6%に増加した。人口の4人に1人が高齢者であり、高齢者の半数が75歳以上ということになる。

また、認知症の患者数も急速に増加しており、平成24年には300万人を超え、高齢者の10%以上が認知症に罹患している。高齢者のうつ病の有病率は明確ではないが、欧米の調査から非高齢者よりも多く、10%近くではないかと推定されている。このような背景もあり、国の医療政策がこれまでの4疾病5事業から、精神疾患（うつ病や認知症）を加えたら5疾病5事業に改正されたことは記憶に新しいところである。

ところで、高齢者で認知障害を生じ、頻度の高い精神・神経疾患は3D：うつ病（Depression）、認知症（Dementia）、せん妄（Delirium）といわれており、その鑑別の重要性は以前から指摘されていた。うつ病においても、いわゆる“うつ病性仮性認知症”とみられる記憶力低下などの症状（認知症様症状）を呈することが多く、認知症の初期症状として、うつ状態が30~40%の頻度で認められることから、

その見極めは重要である。

また近年では、うつ病が認知症発症の危険因子であることや、前駆症状であるといった両者の関連性も注目されている。本稿では、このような背景を踏まえて高齢者のうつ病と認知症の相違や鑑別のポイント、その関連性について概説する。

高齢うつ病の特徴

高齢者にみられるうつ病は、非高齢者に比べて多くの要因が関与している多要因性の病態であることを念頭に置く必要がある。このことは診断のみならず、治療戦略にも重要である。具体的には、遺伝・生育要因や神経生物学的要因に加えて、心理社会的要因や脳器質的要因の影響が大きいと考えられている。

臨床的特徴では、典型的なうつ病の症状（抑うつ気分や興味関心の減退）よりも非典型的な症状として、身体症状の訴えが目立つ「仮面うつ病」が認められることがある。高齢者では健康に対する不安も強く、ほかにも痛み、胃腸症状、排尿障害、便秘異常などが前景として表れ、さまざまな診療科で異常所見が見つからず長時間未治療のまま見逃されて最終的に精神科を受診することが少なくない。

また、不安や焦燥感が強く、うつ病に典型的な（罪業、心気、貧困）妄想や場合によっては被害妄想が認められる

こともある。加えて認知障害を伴うことがあり、経過によっては認知症と区別が困難な仮性認知症を呈することがある。

さらに、高齢者では薬剤や身体疾患に起因するうつ状態が多いため、身体疾患の既往・治療歴についても注意する必要がある。したがって、DSMなどの診断ガイドラインに依存するだけでなく、幅広い視点で個々の症状がどのような病態から出現しているかを把握する姿勢が重要である。

身体疾患に伴ううつ病

加齢とともに、身体疾患を併存する頻度が高くなる。したがって、従来の内因性うつ病といわれる機能的なうつ病のみならず、慢性身体疾患に伴ううつ病である可能性を考慮する必要がある。身体疾患にうつ病が合併すると、基礎疾患の病状の悪化、回復、生命予後にまで悪影響を及ぼす。表1にうつ病の出現頻度の高い身体疾患を示す。身体疾患に伴ううつ病では、身体的な状況や内服薬との薬物相互作用に配慮して治療に当たることが必要である。

脳血管障害を伴ううつ病

高齢者のうつ病では、前出のとおり、脳器質的要因の影響が非高齢者よりも大きいといわれている。脳卒中にうつ

病を呈することが高頻度で認められ、これらは“脳卒中後うつ病”として広く認識されている。

また、最近ではMRIなどの普及により、高齢者のうつ病における形態学的脳画像研究が進み、高齢者うつ病では健常対象者に比べて血管障害と考えられる深部白質病変が有意に多いことや、潜在性脳梗塞が多数認められることが明らかとなり、微小な脳血管障害の集まりや血管障害の危険因子がうつ病の発症に深く関与しているものを“血管性うつ病”と呼ぶことが提唱されている。表2に血管性うつ病の診断基準およびその臨床的特徴を示す。

脳血管障害を伴ううつ病では全般的な認知機能の低下、身体機能の障害、精神運動抑制（何かを行うのがおっくう、考えがまとまらない）、罪業感が乏しい、精神障害の家族歴が乏しいなどの特徴があり、認知症との鑑別が困難であることが少なくない。

うつ病と認知症の見分け方

高齢者うつ病の病状が重度となると仮性認知症がみられ、脳血管障害を伴ううつ病では全般的な認知機能の低下がみられる。また、認知症においてうつ状態はまれな症状ではなく、アルツハイマー病患者の7~20%に大うつ病がみられるといわれている。このように両者の鑑別は困難なこと

表1 各身体疾患のうつ病の有病率

| 身体疾患 | うつ病 | 身体疾患 | うつ病 |
|----------|-----------|--------|--------|
| 冠動脈疾患 | 16~23% | 脳卒中 | 30~40% |
| 甲状腺機能低下症 | 56% | 認知症 | 11% |
| 糖尿病 | 8.5~27.3% | HIV感染症 | 30.3% |
| がん | 20~38% | 慢性疼痛 | 21~32% |

文献²⁾を改変

表2 血管性うつ病の診断基準

| 基本的特徴 | |
|--|---|
| 脳血管障害あるいは脳血管障害危険因子が臨床所見と検査所見あるいはそのいずれかで認められる | |
| 臨床検査 | 脳卒中や一過性脳虚血(TIA)の既往、局所神経徴候、心房細動、狭心症、心筋梗塞の既往、頸動脈雑音、高血圧、高脂血症 |
| 検査所見 | 穿通枝領域の白質高信号、脳梗塞、内頸動脈の閉塞、Willis動脈輪の狭窄 |
| 65歳以上発症のうつ病が若年発症で脳血管障害によりうつ病エピソードの頻度が増加したり持続的になった症例 | |
| 二次的特徴 | |
| 課題遂行能力の障害に眼局しない認知障害 精神運動抑制 抑うつ心性が限局（罪業感などに乏しい） 身体機能の障害 気分障害の家族歴の欠如 | |

文献²⁾を一部改変

表3 認知症とうつ病の臨床特徴の相違点

| 認知症 | うつ病 |
|-------------------|--------------------|
| 家族が病気と気がつかない | 家族が病気と気づく |
| 家族に連れられ来院 | 自ら来院 |
| 潜行性の経過 | 急性の発症 |
| 認知障害をあまり自覚していない | 認知障害を自ら訴える |
| 病状に無関心 | 病状に過度な関心 |
| 訴えに曖昧なところがある | 詳細に訴える |
| 課題に取り組むが結果は気にしない | 課題に取り組めず結果を悪く捉える |
| 失見当識、失認、失行がみられる | 失見当識、失認、失行は通常みられない |
| 質問に対する返答はあるがズレがある | わからない、理解できないと返答する |
| 自覚感に乏しい | 自覚感が強い |

文献¹⁾を改訂

が少なくない。表3に症候学的相違点をまとめた。

1. 臨床診察における特徴

臨床的には、うつ病患者は認知症患者と比較して、自己の病状に関心があるためさまざまな科を自ら受診することが多く、切なさや悲しみを一生懸命説明しようとする。一方、認知症患者本人は受診動機が乏しく、家族に連れられて来院し、訴えも曖昧で、質問にうまく答えられなかったとしても自らを責めることなく淡々としているケースが多い。神経学的所見も重要で、認知症患者にみられることの多い失認・失行などの巣症状はうつ病では認められない。

横断的には両者を見分けることは難しいことがあるため、臨床経過も重要である。うつ病では病状の改善とともに認知機能も回復することが多いが、認知症では認知機能は日によって変動があっても、総じて非可逆的に低下する。

2. 脳画像検査

画像所見において、MRIでは、認知症患者においてより脳萎縮（特に海馬周辺）が目立つことが多い。SPECTを用いた脳血流シンチグラムでは、うつ病患者の前頭葉、前部帯状回など前方領域における血流低下が目立つ。それに対して、認知症患者（アルツハイマー病）では後部帯状回や視前部、頭頂・側頭連合野皮質など後方領域の血流低下が目立つことが明らかとなっている。

MRIおよびSPECT検査所見を視察によって鑑別することは難しく、客観的に評価できる統計画像処理を行うことが多い。MRIではVSRAD (voxel-based-specific regional analysis system for Alzheimer's disease) と呼ばれるソフトによって、アルツハイマー病初期の特徴である海馬傍回の萎縮を高い感度で捉えることができ、SPECTでは3D-SSP

(three-dimensional stereotactic surface projection)や、e-ZIS (easy Z score Imaging System)などのソフトが認知症に有意な血流低下部位を明らかにすることから広く用いられている。今後、認知症の診断には上記の検査に加えて、PETという装置を用いてアミロイドβの蓄積の程度を評価できるアミロイドイメージングが普及していくと考えられ、その結果、認知症とうつ病との鑑別がより早い段階でできるようになることが期待される。

3. その他

うつ病の鑑別のための補助検査として、2009年より近赤外線分光法を用いた近赤外線分光法(NIRS)や、近赤外線分光法(NIRS)が先進医療として認可され話題となっている。これは大脳皮質の神経活動に伴い変化するヘモグロビンの濃度を近赤外線分光法によって非侵襲的に頭皮から測定できる検査であり、課題による脳の活動状態の変化を調べることでうつ病の診断の補助となるといわれている。

心理検査については、一般的な認知機能を測定する、長谷川式簡易知能評価スケールやMMSE (ミニ精神機能検査)を用いた鑑別は困難であり、あくまでも参考程度とすべきである。むしろ実施時の態度や反応を観察することや、経時的に行うことが重要である。

うつ病の評価スケールについてはSDS (Self-rating-Depression-Scale)、GDS (Geriatric Depression Scale)、HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression)などが知られている。中でも、われわれは簡便で感度が高く、うつ病の診断に世界的に用いられているDSMに準拠したPHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (表4)の使用を推奨している。

表4 PHQ-9
この2週間、以下の事にどのくらい悩まされていますか？

| 項目 | 全く無い | 2~3日 | 週の半分 以上 | ほとんど 毎日 |
|---|------|------|------------|------------|
| 1 物事に対して興味が無い、または楽しめない | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 寝付きが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠り過ぎる | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 疲れた感じがする、または気力がない | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 自分はダメな人間で人生の敗北者と気になり、または自分あるいは家族に申し訳ないと感じる | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中するのが難しい | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対にそわそわしたり落ち着かず、普段より動き回ることがある | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思うことがある | 0 | 1 | 2 | 3 |

1、2のどちらか1項目以上が2点以上、かつ1~9の構造化部分が5項目以上あれば「うつ病」、2~4項目あれば「その他のうつ病性障害」、PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc. を訳した

うつ病と認知症の関連

これまで臨床的には、うつ病と認知症を明確に区別することを念頭に診察していた。ところが、うつ病の経過を見ていくと認知症に移行する例が少なくなく、両者の間に何らかの関連性があるのではないかと関心を持つようになった。縦断的に見ると、一部のうつ病は認知症につながる前段階として捉えるという考えもある。

疫学的に見ても、うつ病の存在が認知症（特にアルツハイマー病）の発症リスクを高めるとされ、高齢者うつ病から最終的に認知症に移行する頻度は4割ともいわれている。前出のうつ病性仮性認知症も経過を見ると、非可逆的な認知症に移行する症例は3年で50%以上に及ぶとされる。また、脳の形態学的変化を見ても、うつ病患者は海馬や扁桃体の容積が健常者よりも時間経過とともに有意に減少し、高齢者うつ病の白質血管障害病変も時間経過とともに増加することが確認されており、これらの結果は認知症への移行と関連がある可能性が考えられる。

認知症の視点から見ても、うつ状態を呈する患者はアルツハイマー病で30~40%、血管性認知症で60%にも及び、うつ病と認知症は密接な関係がある。

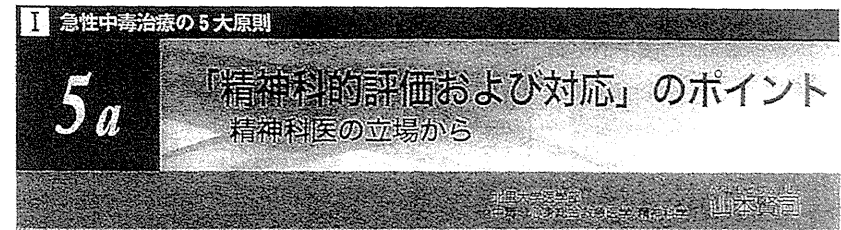
したがって、高齢者うつ病を診察する際には、抑うつ症状の改善のみならず認知症への移行、「もしかしら認知症の前段階ではないか」という中・長期的な視点を持つことが重要である。

おわりに

高齢者のうつ病と認知症の見分け方、関連性について概説した。高齢者医療全般に言えることであるが、全人的な立場で病態を捉えることが必要であり、両者を明確に区別するというよりも個々の患者に、現在そして今後どのような医療および福祉が必要であるのかを考えることが重要である。そのためには、今後、早期診断のシステムづくりや多職種介入によるケアやマネジメントの構築など議論すべき問題は多い。

参考文献

- 1) 木村真人：高齢者のうつ状態 一多元的アプローチ。老年精神医学雑誌。22, 920-927, 2011.
- 2) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al.: 'Vascular depression' hypothesis'. Arch Gen Psychiatry. 54, 915-92, 1997.



どこがポイント!

- 急性中毒に占める自殺企図患者の割合は高く、また、自殺企図患者に占める急性中毒の割合も高い。
- 急性中毒患者は意識障害を併発していることが多く、特に軽度の意識障害は見逃されやすいので注意が必要。
- 急性中毒患者の場合、自殺企図の有無、希死念慮や自殺念慮などはきちんと評価をして、必要な際は精神医療へきちんとつなぐ。
- 自殺念慮がある場合には、①具体的計画性、②出現時期や持続性、③強度、④客観的要素を評価し、さらに、自殺の危険因子を確認する。
- 自殺企図後に見かけ上精神症状が改善したように見える場合には、カタルシスが得られて、心理的な緊張が一時的に解かれた状態であることに注意をする。

Q 急性中毒患者には、どのような精神医学的な問題があるのでしょうか？

A 一般的に、急性中毒に占める自殺企図患者の割合は高く、また、自殺企図患者に占める急性中毒の割合も高いといわれています。筆者が所属する北里大学病院の救命救急センターに搬送された症例について、図1に示しました。急性中毒患者の79%は自殺企図患者であり、全自殺企図患者の自殺企図手段として多いのは過量服薬、服毒、一酸化炭素中毒などの急性中毒患者でした。自殺企図患者の9割以上には精神疾患が存在しているといわれており(図2)¹⁾、必然的に急性中毒患者は何らかの精神疾患を有する割合が高いといえます。

Q 急性中毒患者の精神症状を評価する際に注意すべき点は何でしょうか？

A 急性中毒患者は意識障害を併発していることが多く、特に軽度の意識障害は見逃されやすいので、注意が必要です。意識障害を認める場合には、急性中毒以外にも他の病態(脳の器質性疾患や代謝性脳症など)を併発している可能性もあり、全身状態の評価、他の身体疾患の鑑別が必要です(図3)²⁾。

『救急・集中治療』
vol.25 no.7・8 2013 別刷
総合医学社

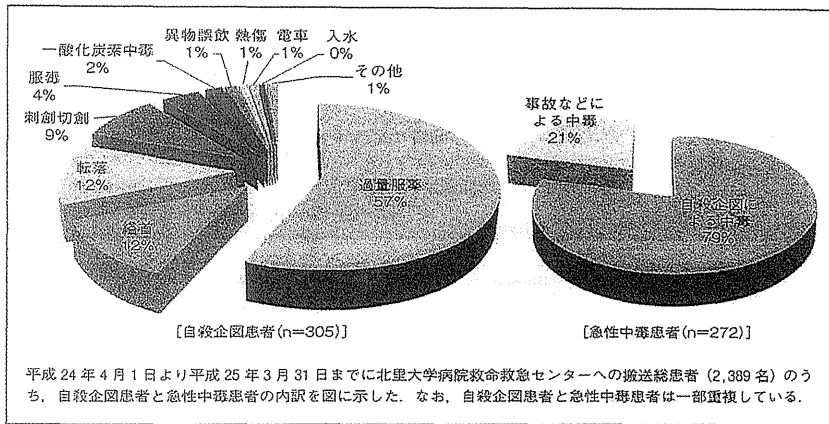


図1 自殺企図患者における自殺企図手段と急性中毒患者における自殺企図患者の割合

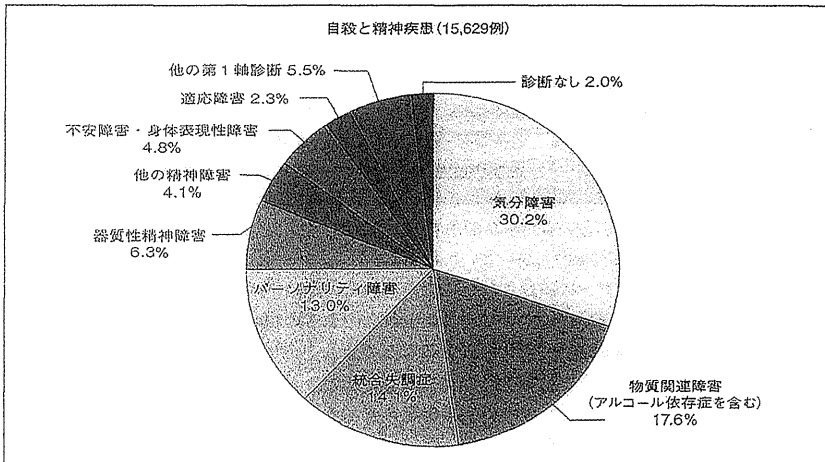


図2 自殺既遂者における精神疾患の既往
【日本医師会「自殺予防マニュアル」(文獻1)より引用】

Q 自殺企図の場合に注意しなくてはいけないことは何でしょうか?

A 自殺企図が疑われて搬送となった症例については、本人のみならず、搬送に携わった救急隊や家族などからも情報収集を行い、今回の受診

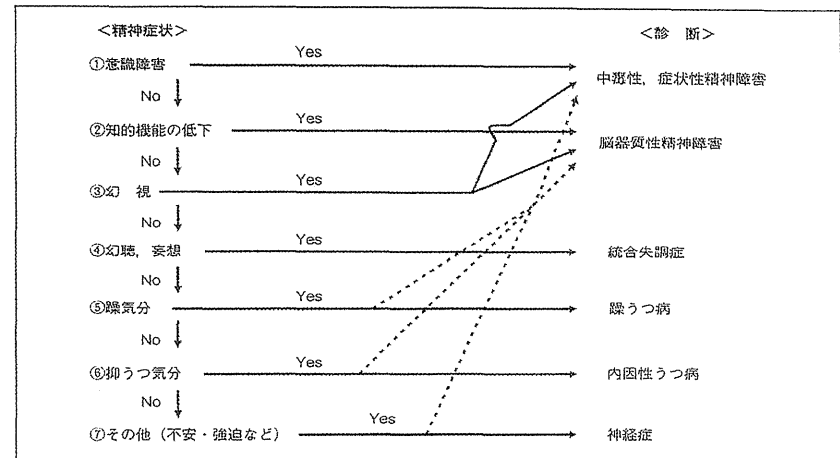


図3 症状からみた鑑別診断の考え方【宮岡 等 著「内科医のための精神症状の見方と対応」(文獻2)より引用】

が本当に自殺企図であるか否かを、できる限り正確に把握する必要があります³⁾。自殺のことや現在の希死念慮^{*1}、自殺念慮^{*2}を尋ねることで、患者に悪い影響があるのではないかと心配する医療者もいますが、実際には尋ねられることで不安が減少したり、より理解されたと感じることがあります。何よりも、その後の自殺防止に向けての対応が可能となるために、希死念慮や自殺念慮を尋ねることは、患者にとってメリットが大きいものと考えられます。

自殺念慮がある場合には、①具体的計画性(時期、手段や方法を具体的に計画しているときは危険性が高い)、②出現時期や持続性(衝動的に高まる、変動が激しく制御ができない、慢性的・日常的に持続して消滅しないなどは危険性が高い)、③強度(強く確信的なものは危険性が高い)、④客観的要素(患者が言わなくても、周囲から見て自殺念慮が明らかな場合、または明らかなのに患者が否定する場合は危険性が高い)を評価し、さらに、自殺の危険因子(表1)を確認します^{3,4)}。自殺企図患者は自殺企図直後に希死念慮や自殺念慮を否定したとしても、危険因子がある場合には再企図への注意が必要になります^{3,5)}。

また、自殺企図後に、見かけ上精神症状が改善したように見える場合には、カタルシス^{*3}が得られて、心理的な緊張が一時的に解かれた状態であることに注意する必要があります。このような場合、患者の問題や置かれている環境が改善していないときには、元に戻ってしまうことがあるので注意が必要です^{3,5)}。自殺企図、自傷行為の既往は自殺の大きな危険因子の一つなので、精神科診療へのつながりが大切です。

*1希死念慮 死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない。

*2自殺念慮 自殺という能動的な行為で人生を終らせようという考え方。

*3カタルシス 「カタルシス」という語が心理療法の領域で用いられる場合には、心的外傷体験や無意識にうつつ積している欲求、感情、怒恨などを自由に表現させて心の緊張を解く方法のことをいう。一般的に「カタルシスが得られた」というのは、言葉や身体的表出などにより心の緊張状態から解放されたときに用いられている。

表1 自殺の危険因子

- ◎自傷行為や自殺企図歴：自殺未遂は最も重要な危険因子
- ◎精神疾患の既往：気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
- ◎身体疾患、進行性疾患、慢性疾患への罹患
- ◎ソーシャルサポートの不足：支援者の不在、未婚、離婚、配偶者との死別
- ◎性別：自殺既遂者は男性に多く、自殺未遂者は女性に多い
- ◎年齢：中高年男性がピーク、年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
- ◎喪失体験：経済的損失、地位の失墜、病氣や怪我、業績不振、予想外の失敗
- ◎他者の死の影響：精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
- ◎事故傾性：事故を防ぐのに必要な措置を、不注意にもとらない
- ◎家族歴：家庭内自殺者の存在
- ◎職業的、経済的、生活的問題：失業、リストラ、多重債務、生活苦、不安定な日常生活
- ◎苦痛な体験：いじめ、心理的、身体的、性的虐待
- ◎企図手段への容易なアクセス：薬のため込み、農薬・硫化水素などの所持
- ◎心理状態：絶望感・衝動性・自殺念慮・孤立感・易怒性・悲嘆など

ここだけは気をつけたい
ポイント

《自殺企図や自傷行為を何度も繰り返す症例について》

一般的に「リピーター」といわれ、何度も自殺企図や自傷行為を繰り返し、救命センターを頻回受診する症例があります。このような症例も、自殺企図の手段が、より致死的な方法に移り変わってきていたり（自傷行為として浅いリストカットを繰り返していた人が首を吊ろうとしたり、高いビルから飛び降りようとしたなど）、その間隔が短くなってきたりしている場合には自殺の危険性が増大している可能性があり、注意が必要です。精神的な入院治療も視野に入れた対応が必要となることもあります。

[文 献]

- 1) 高橋祥友：自殺の危険因子，“自殺予防マニュアル～一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応” 日本医師会 編、西島英利 監、明石書店、pp9-13、2004
- 2) 宮岡 等：精神症状の把握の仕方と鑑別診断の進め方，“内科医のための精神症状の見方と対応” 医学書院、pp1-13、1995
- 3) 日本臨床救急医学会：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、日本臨床救急医学会 編、へるす出版、2009
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf
- 4) 高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入、金剛出版、2005
- 5) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応）、日本精神科救急学会 編、2009
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/11.pdf