

1

コンサルテーションと アセスメント



コンサルテーションの基本

がん患者には、せん妄や適応障害、うつ病など精神疾患が高頻度に出現する。これらの精神疾患に対して、適切な精神心理的ケアを提供するために担当医やプライマリーチームと共同して対応することが精神腫瘍学の臨床活動である。

通常のコンサルテーション精神医学でも精神腫瘍学においても身体治療を念頭に置いて、精神症状への対応を行うことには変わりはない。しかし、とくに精神腫瘍学においては、がんに対する治療(抗がん治療)の内容や今後の見通しを踏まえた対応が強く求められている特徴がある。

本章では通常のコンサルテーション活動と比較しながら、精神腫瘍学のコンサルテーション活動の実践について考えてみたい。

1. コンサルテーションとは

コンサルテーションという言葉は日常でもしばしば使われる。一般的にはコンサルテーションとは、相談する側(コンサルティ)が抱えている問題への対応・方略に関して、専門性の異なる相談を受ける側(コンサルタント)がその専門性に沿った情報提供を与えることを指す。医療、特にチーム医療が強調される場では、コンサルティとコンサルタントとのお互いの働きかけが強調され(相互コンサルテーション)、異なる専門性・役割をもつ者同士が、それぞれの専門性に基づき状況を検討し、今後の方針に関して話し合い意思決定をすることが重要視される。つまり、一方的に情報を伝えるのではなく、お互いの問題意識・情報を共有し、最善の方法を探る過程が重要になる。

とくに精神腫瘍学や緩和医療の領域において意識しなければならない点は、

- ①コンサルティは担当医・病棟スタッフであること
- ②最終的な決定権はプライマリ・チームが持つ

点である(図1)。

すなわち、精神腫瘍学のコンサルテーションは、患者にとって有益であるだけでなく、担当医や病棟スタッフにも有益でなければならない。コンサルテーションを行うにあたり、主治医-患者関係や病棟スタッフ-患者関係に配慮をすること、コンサルテーションで提案できることは担当医やプライマリ・チームが理解できること・実際にできることでなければならない。

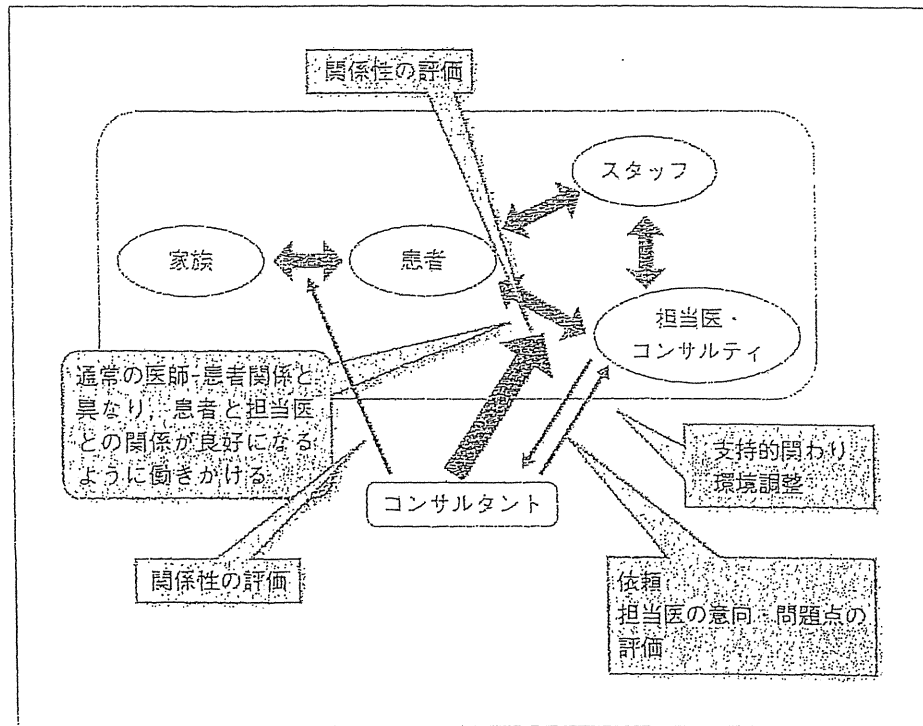


図1 コンサルテーションにおけるコンサルタントの関わり

2. がん医療において望まれるコンサルテーション活動とは

高齢化社会を迎え、誰もが罹患しうる疾患となった悪性腫瘍ではあるが、その治療体系は非常に高度化している。すなわち、外科手術に加えて、抗悪性腫瘍薬による薬物療法や放射線治療など複数の治療手段を併用する。そのために治療方針を決定するにあたり、複数の専門家が意見を交換しつつ、治療の全体構造を議論し、最善の方法を提案する手続きが必要になる。ここに、がん医療の特徴である①集学的治療(多職種によるチーム医療: interdisciplinary team)と包括的なアセスメント(comprehensive cancer care)が現れる。

身体症状のアセスメントが重要であることは、通常のコンサルテーションと同様である。しかし、精神腫瘍学においてはがんのチーム医療の一翼を担うことから、他の専門職種と密に連携するため、明快な判断基準を示して今後の見通しを明示するとともに、わかりやすい情報提供が望まれる。

より具体的には、精神腫瘍学においては通常のコンサルテーション活動に加えて、治療の段階、今後の治療方針、予後を踏まえた見通しをはっきりと示す必要がある(表1)。

3. 精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意をしたいこと

依頼を受けてから診察までに

1) 依頼に至った背景を直接担当医や病棟スタッフから聞き、ニーズを把握する

コンサルテーションの依頼理由はさまざまである。コンサルテーションを依頼するに至った経緯をプライマリ・チームから直接聞くことで、依頼側がどのような認識を持っているのか、何を

表1 通常のコンサルテーションと精神腫瘍学におけるコンサルテーションとの比較

	通常の精神科 コンサルテーション	精神腫瘍学における コンサルテーション活動
対象	身体疾患全般	がん医療に特化
介入	精神科医単独	多職種協調型チーム
対応	精神症状への対応	精神症状への対応に加えて包括的な症状緩和・相互調整
治療期間	一般にコンサルテーション活動に対する時間的な束縛は少ない。ある程度身体治療と独立した対応が可能。	抗がん治療の段階を踏まえた対応が必要。治療の見通しを立てる必要があり、症状への対応に関しても時間的な制限がかかることがある。
アセスメント	精神症状	包括的
療養場所の選定		ケアの一環として対応
意思決定の支援		ケアの一環として対応
複合的な問題への対応		ケアの一環として対応
家族・遺族ケア		ケアの一環として対応
サバイバー	個別の対応	ケアの一環として対応
在宅連携		在宅支援診療所との連携
教育		チームの機能として実施

問題と認識しているのか、解決を願っているのはどのような問題なのかを明らかにする。

依頼の内容には、原因のはっきりしない身体症状が混じることがある。抗がん治療中に身体症状緩和に難渋することはしばしばあり、担当医、病棟スタッフの感じる重圧、罪悪感、あせりは大きい。逃げを求めている依頼が出されることもある。担当医の労にも配慮をしたい。

2) 経過をまとめる

精神腫瘍学のコンサルテーションの特徴は、がん医療における治療経過が一般身体医療と比較して明確な段階を踏まえている点である。

がんの経過は、がんが疑われる症状が出現した時から、検査・受診に至るまでの過程、確定診断、告知、全身評価、治療開始、経過観察とその時の変化、再発告知、積極的治療の中止、終末期との段階を経る。

まとめる時のポイント

基本的な情報

- がん種
- 初診までの経過(意外と患者、家族に葛藤がある)
- 確定診断日
- 告知を受けた日
- 告知を受けた時は患者のみであったか、家族も同伴していたのか
- 告知の内容

- 告知直後の反応(負荷がかかった際にどのような反応、適応を示したのかを知る上で重要)
- staging
- 転移の有無、転移臓器
- 浸潤

手術

- 手術の位置づけ・目的(根治治療か姑息手術か)
- 患者・家族の理解
- 手術(術式)、病理診断
- 術後補助化学療法の有無
- 治療効果の判定

化学療法

- 化学療法の位置づけ〔術前化学療法(neoadjuvant)か術後補助化学療法か(adjutant)〕(first line か second line かあるいは third line 以降の位置づけか)
- 治療場所(外来か入院か)
- レジメン(抗腫瘍薬の種類)は何か、標準的治療か否か、標準的治療でない場合、なぜその治療方法が選択されたのか
- 患者、家族の理解はどうだったか
- 予想された有害事象は何だったのか
- 実際に発現した有害事象は何だったのか、有害事象にはどのように対応されたのか
- 治療はスケジュールどおりに施行されたのか、施行されなかった場合その原因は何だったのか

放射線療法

- 施行部位
- 治療目的(予防目的なのか根治なのか、緩和目的か)
- 予想された有害事象は何か
- 患者、家族の理解
- 実際に出現した有害事象は何だったのか、有害事象にはどのように対応されたのか

second line 治療への移行

- PD(progressive disease: 治療効果がない)と判定された理由
- 患者・家族への説明、理解の内容
- 提示された次の治療は何か
- 患者・家族が希望したものは何か

積極的抗がん治療の中止

- 積極的治療の中止が推奨された理由
- 患者・家族への説明、理解の内容
- 患者・家族が希望したものは何か

在宅療養への移行

- 移行が提案された背景
- 患者・家族の理解
- 患者の希望は何か
- 家族の意向
- 介護力はあるのか
- 必要な支援は何か
- 地域でのサポート体制はあるのか(在宅医、訪問看護)
- 必要な支援制度は導入できているのか(介護保険)

3) 投薬内容を確認する

がん医療で問題になる精神症状に、薬物に関連した問題が多い。依頼に関連した症状の出現前後での投薬内容の変化は注意して見直す。

特に注意すべき薬剤を以下にまとめる。

①オピオイド

オピオイドはがん性疼痛の症状緩和目的で頻用される。精神症状に関連して問題となるのは、開始・増量時の眠気や注意力障害、せん妄である。

オピオイドが使用されている場合には、症状緩和の目標とされている疼痛の部位と性状、オピオイドのベースの投薬量、レスキューの使用回数とその効果を確認する。もしもオピオイド・ローテーション(オピオイドの切り替え)がなされていた場合には、切り替えの用量や投薬時期が適切かどうか確認する。

②ステロイド

ステロイドが投薬されている場合には、使用目的が何かを確認する。

抗悪性腫瘍薬の有害事象対策で処方されている場合と、倦怠感の緩和目的で処方されている場合がある。とくに有害事象で投薬されている場合には、大量投与の場合が多い。

ステロイドの開始に伴い、不眠や一過性の気分の高揚・不安の増悪が出現することがある。服薬の開始時期、投薬内容、投薬時間(とくに夕方から夜間に投薬されていることはないか)を確認する。

③制吐剤

制吐剤に関しては、がん医療ではオピオイド開始にあわせて、吐き気対策でプロクロルペラジン(ノバミン[®])が頻用されている。通常開始後1週間で漸減中止が推奨されているが、しばしば継続して処方され続けている場合がある。また、複数の抗精神病薬が処方されている場合も稀にある。過鎮静がないか、倦怠感の出現がないか確認する。

4) 家族歴・地域の状況を確認する

通常の家族歴に加えて、

①家族のがんの罹患の有無

②もしもがんに罹患した家族がいるならば、その時の印象を強くもち、状況を重ねて考えている場合がある。丹念に家族の懸念を尋ねる。

③今後の方向性に在宅への移行も含まれている場合は、在宅資源についても尋ねる。

5) 病床を訪れるにあたり

基本的なマナーではあるが、以下の項目にはとくに注意を払いたい。

①ベッドサイドに座り時間をかけて対応する姿勢を示す。

②視線の高さを患者に揃えて、決して見下ろすような体制は避ける。

③患者が話しやすいように環境を整える(ベッドの高さを調整する、布団を直す、口をしめらすために吸い呑みをわたすなど)。

6) 挨拶をする、インタビュー・診察を進める

面接を開始するに際しては、今回診察にうかがうに至った経過を説明する、改めて指摘するまでもないことではあるが、コンサルテーションという特殊な体制であることを明確にすることが重要である。

インタビューへの導入

- ・簡単に自己紹介をする
- ・主治医より依頼を受けたことを伝える。
- ・主治医が依頼をした背景や担当医が懸念していること、依頼を通して担当医が目指していることを伝える。
- ・依頼を受けて、精神腫瘍医自身として、患者にも担当医にも役立ちたいとの意思をもって、うかがった旨を説明する。

患者はとくにがんの治療を目的に入院しており、精神症状に関して意識をしていない場合が多い。また、身体治療中に不安や懸念、感情を言葉に出すことを躊躇し抵抗を感じる患者もいる。不安や感情を医療の場でも出してよいことを説明し、安心できる環境を設定する。

①病気や予後についてのとらえ方に注意する。

患者の疾患や予後の理解や、疼痛・機能喪失などについての関心・不安について尋ねる。

②患者が直面している人生・生活の苦しみについて理解をあらわす。

がんが家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについて尋ねる。

患者の誇りに思っていることを尋ねる。

③精神症状を評価することの意義と重要性について話し、患者自身にも観察者の役割を担っていただく。

④診察の最後には患者に具体的な情報や対応、今後の予定を伝える。

患者が家族に関連して懸念に思っていること、仕事や生活の上で不安に感じていることも積極的に扱う。がんを患ったことで家族や仕事に対して思っていること、がんという疾患が、家族関係や社会的役割に与える影響について話し合う。患者が感じる自立の喪失は大きいことが多い。患者の生活に関心を寄せていること、患者の自立性を回復させることを願っていることを伝えることで、がんという疾患だけではなく、人として尊重していることを伝え、支持することになる。

7) 身体症状に注意をする

がん医療は概して緊急対応を要する事態は急性期疾患に比較して少ないが、それでも生命に直結する症状が精神症状と誤解されて依頼されることがある。少なくとも即時対応が求められる下記の症状の有無は確認する。

・横断麻痺

膀胱直腸障害、四肢脱力、感覚障害が出現する。24時間以内の対応が必要であり、疑われる場合は担当医に直ちに連絡する。

・呼吸抑制

オピオイドによるせん妄が放置され、過量投薬が続けられた場合にみられることがある。

・上大動脈症候群

8) カルテへの記載

診察の終了後、診療記録は簡潔にわかりやすく記載する。診断名とともに診断の根拠、疾患の原因(特にせん妄については、背景因子を含めて記載する)、治療方針を示す。

推量や感想は誤解を招くことがあり記載はさける。また、プライマリーチームを責めたり、批評することはさけない。

記載にあたってのポイント

- 診断名
- 原因や診断の根拠をはっきり、わかりやすく。
- 難しい専門用語は使わない。
- 明確な治療方針を示す。
- 今後の見通しを明らかにする。
- 実行できる方針を示す。
- 不明点の問い合わせ先も記載

9) 直接依頼元の担当医に返事をする

上記の内容を返信に残すだけでなく直接担当医と話す。

- 選択肢をいくつか用意する。

プライマリーチームが実行しやすい方法をいくつか用意する。その上で、選択肢が実行できるかどうか、できないとすれば代替の方法はあるか、話し合う。

- 自分の主張に固執しない。

対応が幾通りもあるならば、推奨する方法に固執することを避ける。受け入れにくい理由を尋ね、現実的な方法を探る。

10) 定期的なフォローアップを行う

がん患者の場合、全身状態が日々変化するため、毎日症状の変化を追うことが望ましい。



精神腫瘍学における初期アセスメントの方法：包括的アセスメント

ほとんどのがん患者とその家族は、がんに罹患したことでさまざまな情動体験を経験する。この体験を総称して、精神心理的苦痛や心理社会的苦痛と呼ぶ。

がんに対する適応とは、この精神心理的苦痛を何とか乗り越え、がんに関連した人生の出来事をコントロールしようとする試みにほかならない。

このがんという体験への適応は、単純に1つの出来事ではない。がんの診断から治療、観察期間、再発、積極的治療の中止など一連の出来事への対処の総体である。この体験は大きくがんや身体に由来する因子(身体症状、精神症状)、社会生活に由来する因子、対人関係に由来する因子、

表2 精神心理的苦痛

<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学的問題 <ul style="list-style-type: none"> —うつ病の診断とマネジメント —不安 —せん妄・認知症 —自殺企図 ・心理・社会的な諸問題 <ul style="list-style-type: none"> —死にゆく人が望むことは —患者と家族のコミュニケーション —悲嘆の理解とマネジメント —家族の問題 —スタッフの燃えつき ・実存の問題 <ul style="list-style-type: none"> —倫理的問題 —生命の危機的状況に直面した際の人格の成長、発達 —がんに伴う苦しみへの対応

患者の生き方や人生観など価値観に由来する因子に分けることができる(表2)。

このようなさまざまなストレス因子に対処しなければならない患者は、ほぼ全員が何らかの情緒的・心理的な負担を感じ、一部の患者は精神医学的問題を経験する。しかし、適切な支援を受けている患者はわずか数パーセントに過ぎない。

患者が適切な支援を受けていない原因の1つに、医療者が精神医学的問題や心理学的問題をどのように評価してよいかわからないために、「患者はつらそう」だけでも「どう対応してよいかわからない」ために支援ができない問題が指摘されている。

1. 精神心理的苦痛に関するコンサルテーションで注意したいこと

精神心理的苦痛の中には、

- ①疾病や治療に対する反応である心理社会的苦痛
- ②身体疾患(がんや治療)の症状として出てくる精神症状、苦痛への適応の努力が破綻したために出てくる精神症状[医学的な対応(薬物治療)を考えなければならない状態]があることである。

この2つでは対応すべき方法が異なるので注意をしたい。

通常の心理社会的苦痛に対しては、

- ・担当医の丁寧な面談や心理的サポート
- ・病棟スタッフの共感に満ちた傾聴、情緒的サポート
- ・経済的支援(高額医療)や介護保険などの社会保障制度の紹介と利用
- ・退院支援サービスの利用
- ・患者教室を通じた情報提供、ストレスマネジメント、リラクゼーション

の有効性が報告されているし、看護ケアの工夫が熱心に取り組まれている領域でもある。

また、より深く関わる心理社会的介入には、専門看護師や認定看護師によるケースマネジメントも効果的であるし、心理技術職によるエビデンスの確立した心理療法(認知行動療法)も全身状態が安定している患者であれば考えられる。

一方、身体疾患(がん)や薬剤によって生じる精神症状、あるいは心理的苦痛に対して努力をしたものの残念ながら適応が破綻したために出てくる精神症状がある。これは注意をしないと一見、普通の「不安」や「落ち込み」と思われがちであるが、身体治療や薬物治療が必要であり、傾聴など一般的な心理社会的支援だけでは改善しない。薬物療法を含めた専門的な対応が必要になる。

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%に何ら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される¹⁾。

精神腫瘍学のコンサルテーションを行うにあたり、

- ①せん妄や認知障害、抑うつや不安などさまざまな精神科合併症をもった患者に対して専門的な技能をもった医療者として、多職種の間わりを通して支援を提供すること
- ②精神心理的苦痛の評価は、信頼性の定まった精神医学的評価および心理評価を行うこと
- ③精神医学的評価と支援はがんの治療を通じていつでも提供されなければならないこと
- ④支援は患者のみならず家族に対しても提供されるべきであること

に注意を払いつつすすめることが重要である。

2. 包括的アセスメント²⁾

精神腫瘍学においては、全身状態や今後の治療の展開、療養場所の選定を想定した対応を考える。下記の項目を中心に、総合的な評価を行う³⁾。

- ・ 全身状態(PS: Performance Status, ADL)、治療の段階、予後
- ・ 必要とされる治療
- ・ 精神科診断、精神症状の重症度
- ・ 心理社会的問題
- ・ 介護の問題
- ・ 患者の意向、家族の意向、医療者の意向
- ・ QOL

1) アセスメントの順序

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まず第一に考えて、下のような順番で評価していくことを勧めている(図2, 3)。

①身体症状評価

まず最初に考えなければならないのは、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点である。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、はじめて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。

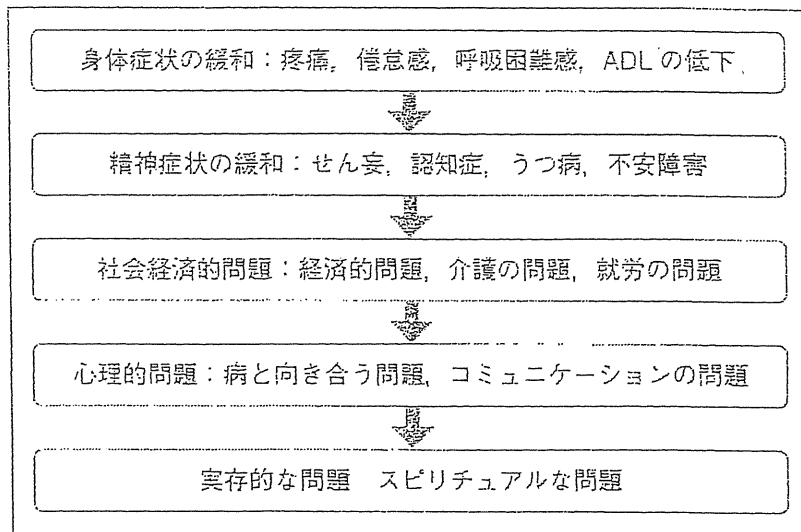


図2 「つらいです」と言われたときに

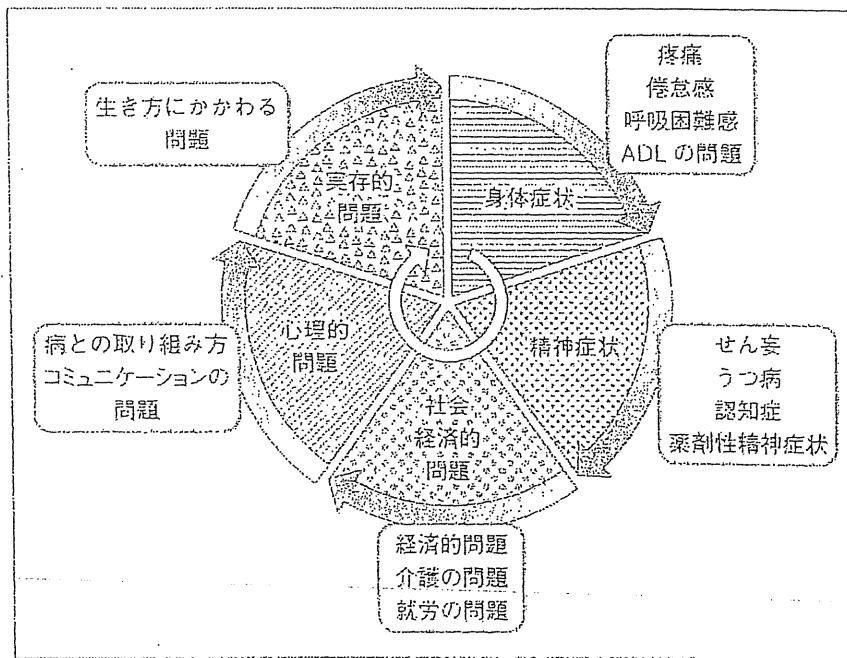


図3 包括的アセスメント

②精神症状評価(図4)

i) 精神症状評価の注意点1(意識障害の評価)

精神症状の評価は、まず意識障害の有無の判断から考える。

これは意識があらゆる精神活動の基盤になっているからである。意識障害があると、意識が曇り、注意が続かなくなる(傾眠)だけではなく、精神活動の内容も乱れ、あらゆる症状が出現するためである。

軽いせん妄の場合には、不安だけが前面に出ることがしばしばある。高齢者で夕方あたりより、何となくそわそわとして困った様子でいることがある。その落ち着かない様子だけを見て、「不安」

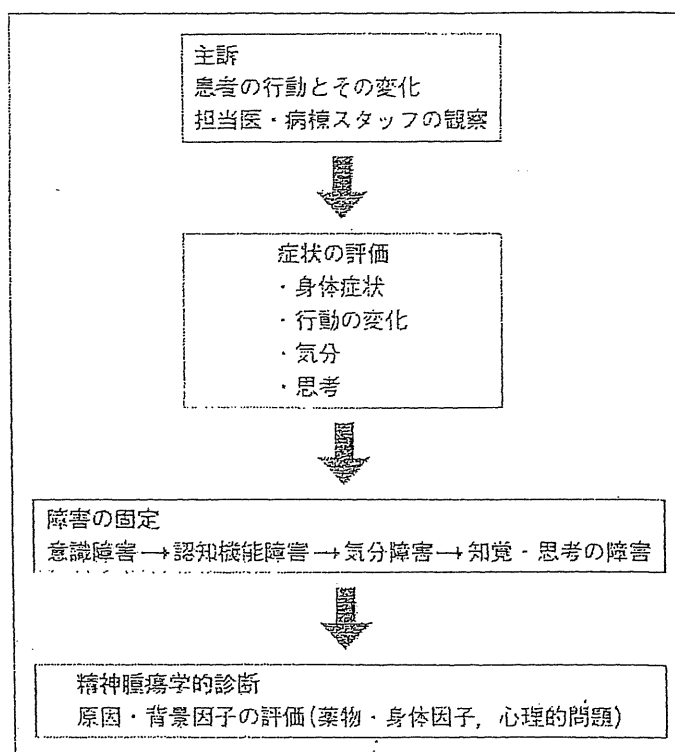


図 4 精神症状評価の流れ

と判断してはならない。会話はまとまらなければせん妄の一症状として対応をする。一般臨床において、そわそわしているから不安として抗不安薬を内服させ、せん妄を増悪させる事例が多いのでぜひ注意をしたい。

ii) 精神症状評価の注意点 2(気分障害の評価)

意識障害の次に、気分の評価である。

うつ状態はがん患者の約 30% に認められるが、高率で見落とされている。見落とされる理由として、「がんになったのだから落ち込むのは当たり前」と心理的に解釈してしまい、うつ状態・うつ病のアセスメントを受けられない点にある。がん患者であっても大半の患者はうつ病にならずに過ごしており、安易に決めつけがちなことは注意を払いたい。

患者も、身体の治療中であることから、精神症状(抑うつ気分や意欲の低下)に気がつかないことも多いし、気持ちの問題を医療者に話をしても仕方がないと思っていることも多い。

iii) 精神症状のアセスメント 3(不安)

「不安」という言葉も、当たり前のように使われる反面、さまざまな意味が混じるため混乱を生じている。

「うつ」にもいろいろなレベルがあるように、不安についてもレベルがある。

- 不安 → 病的な要素のない不安(正常な不安)
- 病的な不安
- ほかの症状を伴った症候としての不安：不安症状

また、不安は身体症状でもある。臨床でしばしば経験するのは、患者が「不安ではない」と否定

しても、身体症状として自律神経反応を呈している場合がある。

代表的な症状にパニック発作がある。パニック発作は上記の自律神経反応に加えて、

- ・コントロールの効かない恐怖
- ・このまま死ぬのではないかと感じるほどの恐怖

が急激に出現する症状である。パニック発作はうつ病や不安障害などの患者にも認められる。

病的な不安や不安症状を評価するためには、まず自律神経反応に伴う身体症状を評価することから始める。

もしも不安症状がありそうな場合には、もう一度うつ病がないかを疑う。というのも、うつ病には抑うつ気分に加えて、不安症状が重なることが非常に多いからである。

③社会経済的問題の評価

心理的問題や対人関係の問題と切り離せないものに、治療にかかる費用の問題や患者をとりまく家族や仕事の問題がある。患者が家族に気遣い、遠慮をしてしまうということを問題にしても、介護保険を導入して家族の負担を軽減することで解決可能な問題もある。介護保険など利用できる社会資源を導入して解決できる問題であればまず優先する。

④心理的問題の評価

身体症状と精神症状、社会経済的問題などある程度解決の道筋の立ちやすい問題を解決した上で考えなければならないものに、心理的な問題がある。

心理的な問題とは、疾患や治療と患者をとりまく人間関係などの問題である。

その中には、

- ・がんという病とどのように取り組むのか。
- ・家族とのコミュニケーションの問題
- ・担当医や病棟とのコミュニケーションの問題
- ・仕事や学校との両立をどのようにするのか。

などがあげられる。

とくに注意をしたいのは、医療者と患者とのコミュニケーションがうまくいっているかどうかで、その確認をする。

⑤実存的問題の評価

身体・精神症状、社会的問題、対人関係など個別に対応を積み重ねてもなお残る問題の中には、

- ・実存的な問題
- ・危機的な問題を抱える中での人間の成長

などが考えられる。

日本人における実存的問題には、関係性に由来する苦悩やコントロール感の喪失、他者への負担感、同一性の喪失、重要なことが未完成であることなどが報告されている^{4,5)}。

実存的問題に関して、医療者が注意をしたいのは、疼痛やせん妄など確実に解決が可能な苦痛を見落として、あたかも「実存的な問題」と誤解することである。実存的問題を考えるにしても、その前に解決できる問題を見落としていないか、もう一度振り返ってほしい。

参考文献

- 1) National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, 2009 (<http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>)
- 2) 小川朝生, 内富麻介(編): 精神腫瘍学ケイックリファレンス, 創造出版, 2009.
- 3) Chochinov HM, Breitbart W (eds): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, 2009.
- 4) Noguchi W, et al: Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. Support Care Cancer, 2006; 14(1): 65-70.
- 5) Noguchi W, et al: Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACTT-Sp) for Japanese patients with cancer. Support Care Cancer, 2004; 12(4): 240-245.

(小川朝生)

4. 外傷後ストレス障害

がん患者に外傷後ストレス障害が合併することは稀である。しかし、その部分症状である再体験症状はがん患者にしばしば出現することが示されている¹³⁾。外傷後ストレス障害の診断に至らない再体験症状の対応に関しては、定まったものは存在しないが、支持的精神療法が基本となり、適宜 SSRI、抗不安薬の使用が考慮される。

参考文献

- 1) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 249: 751-757.
- 2) Spencer R, Nilsson M, Wright A, et al: Anxiety disorders in advanced cancer patients. *Cancer*. 2010; 116: 1810-1809
- 3) Smith EM, Gomm SA, Dickens CM: Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2003; 17: 509-513.
- 4) Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC: Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2007; 21: 341-346.
- 5) Ewing G, Todd C, Rogers M, et al: Validation of a symptom measure suitable for use among palliative care patients in the community: CAMPAS-R. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 27: 287-299.
- 6) Miovic M, Block S: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007; 110: 1665-1676.
- 7) Sheard T, Maguire P: The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients—results of 2 meta-analysis. *Br J Cancer*. 1999; 80: 1770-1780.
- 8) Kissane DW, Grabsch B, Love A, et al: Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer—a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38: 320-326.
- 9) Kangas M, Henry JL, Bryant RA: The course of psychological disorders in the last year after cancer diagnosis. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73: 763-768.
- 10) Payne DK and Massie MJ: Anxiety in Palliative Care. *In*: Chochinov HM, Breitbart W (eds): *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. pp63-74. New York, Oxford, 2000.
- 11) Stark DPH, House A: Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*. 2000; 83: 1261-1267.
- 12) Shimizu K, Kinoshita H, Akechi T, et al: First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34: 575-578.
- 13) Matsucka Y, Inagaki M, Sugawara Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics*. 2005; 46: 203-211.

(清水 研)



せん妄

せん妄は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非常に一般的な疾患である¹⁻²⁾。せん妄は、精神症状に加え、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¹⁾。せん妄の出現は、抗がん治療中においては重篤な身体合併症の前駆症状として現れるし、症状緩和に難渋する疼痛の背景因子となる³⁻⁴⁾。終末期においてはプレ・ターミナルの時期から出現・消退を繰り返しつつ意思疎通を阻害する。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。

しかし一方、せん妄は高頻度に見落とされている現状がある。また、「がん」という身体疾患が

あるからせん妄を治療する意味はないとの誤解もある。せん妄は早期に発見し適切に対応することで、症状コントロールが可能である。患者・家族の QOL を向上させるためにも、適切な治療を提供することが重要である。

1. せん妄の臨床像

1) せん妄の疫学

急性期病院においては有病率 18~32%、発症率 32~45% に認められる³⁻⁹⁾。とくに術後や ICU (30%)、とくに人工呼吸管理下 (80%) で高い。がんの治療経過でまとめると、終末期にかけて発症率は上がり 80% 以上が最終的にせん妄を呈する⁹⁾。

背景因子では、高齢者で発症率は高い。手術に関しては、心臓や大腿骨 (43~61%) に関する手術など侵襲が強いほど発症率も高くなる¹⁰⁾。

2) 臨床像

典型的には、数時間から数日の前駆状態を経て発症する。背景となる身体因子にもよるが、適切な対応がなされないと、数週間から数か月症状が持続する。前駆状態には睡眠障害に加え、注意集中困難、覚醒水準の動揺、不安・焦燥感などがある。典型的には、睡眠覚醒リズムの障害、注意力障害を中心に、不安・焦燥感、精神運動興奮、さまざまな情動変化 (怒り、多幸感、無欲、無関心)、幻覚・妄想 (通常は幻視、注意力障害からの錯覚と混在) を伴う。症状には日内変動があり、一般的には夕方から夜間にかけて増悪する。

3) 診断

かつては逸脱行為を特徴とする急性の不穏状態を指して用いられてきた。20 世紀に入りせん妄や錯乱、昏睡をまとめて意識障害として 1 つの概念にまとめられてきた。現在のせん妄の概念の原型は Lipowski が提唱し、器質性脳症候群 (びまん性の脳障害の結果生じるさまざまな精神症状を、原因のいかにかわからず総称する) の一群としておいた。Lipowski は失見当識を中心症状と据え、幻覚や妄想は必須としなかった³⁾。現在の DSM はこの概念を継承し、見当識障害を中心とする意識障害全般を覆う概念として定義されている。

現在用いられている診断基準には、DSM-IV と ICD-10 がある。細部の項目が異なり、ICD-10 のほうがより厳しい基準となっている (表 12, 13)。

4) 下位分類

せん妄は精神運動興奮と覚醒レベルによって、過活動型と低活動型の 2 群に大きく分けられる⁵⁾。両者が混在した混合型を加える場合もある。過活動型はベンゾジアゼピン系離脱症候群や抗コリン薬が誘発するせん妄を典型例とし、脳内 GABA 抑制系の活動低下を想定する一方、低活動型は代謝性障害 (肝性脳症) のように脳内 GABA 系の過活動を想定する意見もあるが、実証は乏しい。過活動型と低活動型で臨床経過や予後が異なるかどうかを検討されているが、意見は一貫していない¹¹⁾。

臨床上注意しなければならない点は、せん妄は過活動型だけと思われて、低活動型せん妄が見逃されている点である。高齢者ほど低活動性せん妄の頻度が高まる一方¹¹⁾、8 割以上の低活動性

表 12 現在用いられている診断基準

DSM-IV 診断基準	ICD-10 診断基準
以下の項目のうち 4 項目を満たす場合にせん妄と診断	以下の 5 項目を満たす場合にせん妄と診断
A 注意を集中し、維持し、他に転じる能力の低下を伴う意識の障害	(a) 意識と注意の障害
B 認知の変化、または、すでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の発現	(b) 認知の全体的な障害
C その障害は短期間のうちに出現し、1 日のうちで変動する傾向がある。	
D 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	
	(c) 精神運動性障害
	(d) 睡眠覚醒周期の障害
	(e) 感情障害

表 13 せん妄の診断基準：DSM-IV 診断基準と臨床場面で現れる症状

DSM-IV 診断基準	臨床場面で現れる症状
注意集中、維持、転導する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における清明度の低下)	会話のつじつまが合わない。 場当たり的な返事を繰り返す。 ベッドの周囲が乱雑で整理できない。 周囲の状況が理解できない様子で困惑している。 声をかけないとすぐに寝てしまう。
認知の変化(記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現	直前のことを思い出せない。 同じ質問を繰り返す。 指示を理解できずにとまどっている。 病院と家を間違えている。 朝と夕方を間違える。 人がいないのに「人がいる」と言ったり、話しかけるようなそぶりをみせる。 虫もいないのに、虫をつまむようなしぐさをする。
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1 日のうちで変動する傾向がある。	午前中はしっかりと会話もできていたのに、夕方あたりからそわそわと落ち着かなくなる。 面会者が帰ると、落ち着かずに自室の中をうろろする。 夜になると「家に帰る」と繰り返す、トイレに頻回に行く。 点滴を絡ませてしまう、抜いてしまう。
病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	症状の出現に前後して、感染や脱水など身体の変化がある。 症状の出現前に、薬剤を変更している。

せん妄が見落とされているとの報告もある。低活動性せん妄はうつ病と誤診されることも多い。誤診の結果、抗うつ薬が処方され、さらなるせん妄の悪化が生じた例も臨床でしばしば経験する

ため、注意を喚起したい。

5) アセスメント

診断には DSM-IV や ICD-10 の客観的な診断基準を用いることが望ましい。

せん妄の症状評価や重症度評価のための方法が作成され検証されてきている。しかし日本語で使用できる評価手段は限られている現状がある。評価手段は、①認知機能全般を測定する方法、②DSM や ICD に基づき診断基準適合の有無を評価する方法、③せん妄に特徴的な症状を評価する方法、④せん妄の重症度を評価する方法などに分けられる。

臨床で用いられる主な評価方法には下記のものがある。

Clinical Assessment of Confusion (CAC)

25 項目の精神運動活動を評価する方法である。

Confusion Assessment Method (CAM)^{12,13)}

DSM の診断項目に基づき、重症度の評価およびスクリーニングに用いる。重症度評価に用いる 9 項目の long version と、スクリーニング用の short version がある。ICU や救急場面にあわせた CAM-ICU など派生版がある^{14,15)}。

Delirium Observation Screening Scale (DOSS)

看護師の観察に基づきせん妄の初期症状をとらえることを目的にした方法。

Delirium Rating Scale (DRS)

せん妄の診断補助手段として開発された。症状評価 10 項目からなる。

Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)^{16,17)}

DRS を重症度評価。過活動型と低活動型の分類ができるように改訂した版。

NEECHAM Confusion Scale¹⁸⁾

看護アセスメントに基づいて、せん妄の症状および重症度を評価するスケール。

ICDSC¹⁹⁾

ICU におけるせん妄のスクリーニングを目的に開発された。DSM の診断基準に基づき 8 項目の症状チェックリストからなる。

Digit Span Test

約 1 秒間隔でランダムに数字を示し、その数列を覚えて復唱させる方法。診断ツールにはならないが、注意力障害をベッドサイドで評価するうえでしばしば用いられる。

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)²⁰⁾

DSM 診断基準に基づき、せん妄の重症度評価を目的とした評価方法。

Mini-Mental State Examination (MMSE)

高齢者の認知機能障害全般を簡易的に評価する方法。見当識、記憶、注意・集中力の評価項目がある。とくに注意力障害に対する感度は高い。認知機能評価を目的とした方法のため、せん妄の診断に特異的

ではない。

Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)²⁴⁾

看護師の臨床業務の中での観察項目に基づき、せん妄をスクリーニングする目的で開発された評価方法である。

Agitation Distress Scale (ADS)²⁵⁾

Morita が開発した終末期がん患者の過活動型せん妄の評価方法。

Communication Capacity Scale (CCS)

Morita が開発した終末期の低活動型せん妄の評価方法。低活動型せん妄ではコミュニケーション能力の障害が問題となる。

2. せん妄の病態

せん妄はさまざまな原因により生じる。臨床像からは脳の広範囲にわたる機能不全が想定されているが、その病態は十分には明らかにされていない。現在のところ、身体負荷や薬剤などが脳内神経伝達を障害する結果、せん妄の発症に至ると考えられている²³⁾。

1) 脳画像研究

せん妄を対象とした研究は少ないが、CT 画像を用いた報告では、前頭葉や側頭頭頂葉、深部構造の萎縮が報告されている。検出能力の問題はあるが、SPECT (single-photon emission CT) による検討では、前頭葉から頭頂葉にかけての低灌流がせん妄患者の半数に認められたり、脳深部を含め広範囲にわたるさまざまな低灌流パターンがあったとの報告がある²⁴⁻²⁷⁾。

2) 神経伝達物質に関する研究²⁸⁾

せん妄の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。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り、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、ドーパミン系とコリン系との不均衡や γ -aminobutyric acid (GABA) 系の伝達障害(とく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。また、脳転移や髄膜炎によってもせん妄が生じる。脳内の炎症にあわせてサイトカインの関与も提唱されている。

3. せん妄の原因

せん妄の治療を見通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侵襲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²⁹⁾。とく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(表 14)。

臨床では、治療を検討する上で原因を 3 種

表 14 せん妄の原因

せん妄の直接原因	
中枢神経系への直接浸潤	原発性脳腫瘍、転移性脳腫瘍、がん性髄膜炎
臓器不全に伴う代謝性障害	肝不全、腎不全
低酸素	呼吸不全
循環不全	心不全、低血圧
電解質異常	高カルシウム血症、高ナトリウム血症
感染症	敗血症
血液学的異常	貧血、DIC
栄養障害	低栄養、ビタミン欠乏(チアミン、葉酸、ビタミンB ₁₂)
腫瘍随伴症候群	ホルモン産生腫瘍(肺小細胞癌)、胸腺腫、甲状腺腫瘍
薬剤	オピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤、ステロイド、インターフェロン、抗コリン作用のある薬剤
離脱症候群	アルコール
その他	脱水

①準備因子(脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている)

②誘発因子(直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する)

③直接原因(直接脳の機能的な破綻を引き起こした)

に分けて検討することがしばしば行われる(図8、表15)。

4. せん妄のマネジメント

急性期病院に加え、療養型病院、施設など療養環境を問わずせん妄は高頻度に発症する。せん妄が発症することで、せん妄に続いて重篤なリスク(合併症の増加、死亡率の上昇、認知症の発症など)が増すことから、治療やケアの過程では常に発症リスクの評価と発症の早期発見、早期対応が必要である(図9、127頁)。

1) リスクの評価

療養環境を問わず、以下の因子をもった患者が入院・入所した場合には、せん妄を発症するリスクが高いものとして対応する。

- ・高齢(65歳以上をリスクととらえることが一般的)
- ・(過去・現在を問わず)認知機能障害がある、認知症の診断を受けている。
- ・もしもアセスメントにおいて認知機能障害が疑われた場合には、MMSE-Jなどの簡便で標準的な認知機能検査を用いてその障害の程度を評価する。
- ・股関節周囲の骨折(とくに大腿骨頭部骨折)
- ・全身状態が重篤である(全身状態の悪化、衰弱が進行する危険が高い)

2) せん妄の発症を疑う症状

リスク因子をもつ症例に対しては、継続的に前駆症状の有無を繰り返し評価する。数時間から数日の間に、前駆症状の発現を疑うような行動の変化が認められればせん妄の発症を疑う。

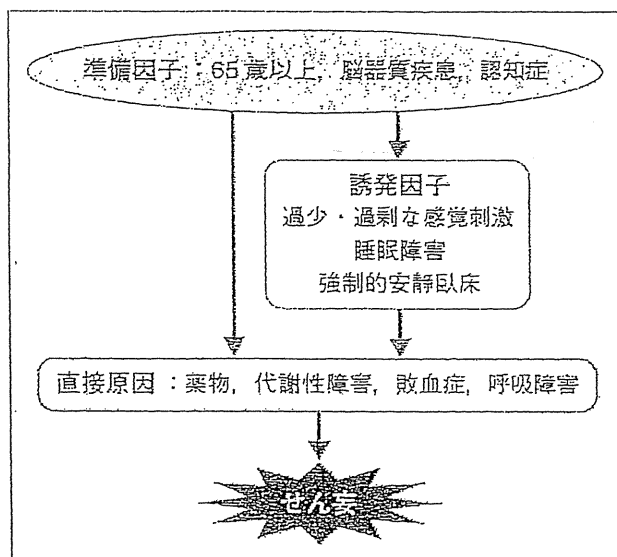


図8 せん妄の発症

表15 せん妄の発症要因分類

	因子		
準備因子 (脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている)	年齢	高齢なほど生じやすい(とくに70歳以上はリスクが高い)	
	脳の器質的な障害	認知症の既往	
		脳血管障害の既往	
誘発因子 (直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する)	感覚障害	聴力障害、視力障害(白内障)	
	睡眠覚醒リズムの障害	夜間に覚醒を促す処置(24時間の点滴)	
	コントロールされていない身体症状	疼痛、呼吸困難感、便秘、排尿障害	
直接原因	腫瘍による脳機能の直接障害	脳転移、がん性髄膜炎	
	電解質異常	脱水、高Ca血症、低Na血症	
	代謝性障害	低血糖、肝性脳症、ビタミンB ₁₂ 欠乏	
	感染症		
	循環障害	貧血、低酸素血症	
	薬剤		オピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤(抗不安薬、睡眠導入薬)、抗うつ薬、ステロイド、抗ヒスタミン薬
			コルチコステロイド15mg/日以上 モルヒネ換算90mg/日以上

1. 認知機能の変化：集中できない、応答が混乱している、応答が遅い。
2. 知覚障害：幻視(存在しないものが見える)、幻聴
3. 行動の変化：動作が遅い、行動量が減る(低活動型せん妄の場合)、落ち着かない・そわそわしている(過活動型せん妄の場合)、食欲の変化、睡眠リズムが乱れる(夜間不眠、昼夜逆転)
4. 社会的な行動(コミュニケーション)の変化：指示に従って行動ができない、引きこもり、感情・態度の変化