

主治医はメンタルをわかってないみたいです。

- ◎ ちょっとどっきりするタイトルです。
- ◎ 病棟を回っていると、コンサルテーションにはならないけれども困ったことの相談が緩和ケアチームに舞い込みます。ある病棟のスタッフから声をかけられました。スタッフがやや怒ったような口調で話します。
- ◎ 「どうしたらいいかわからないので、ちょっと相談いいですか。60歳の男性の患者さんで、大腸がんで手術をしたけれども再発、それからずっと外来で化学療法をしていた患者さんなんです。抗がん剤で手足もしびれて歩くのも大変になったんですが、それでもがんばって治療を続けてきたんです。でも肝転移とリンパ節転移が進んで、腹水もたまってきて、お腹も張るし、吐き気も出たりして食事が摂れないので入院になったんです」
- ◎ なるほど、かなりしんどそうですね。
- ◎ 「でしょ。そうなので、お腹の張りや痛みにはオピオイドを開始して、点滴をしたらだるさは少し取れてきたんです。そうしたら主治医のA先生が先週患者さんと家族と面談をしたんです。もう抗がん剤は効かなくなっているから、抗がん剤の治療はできない、あとは緩和ケアをするしかないって。もう治療はしないので、家の近くの病院に転院を考えるようになって。それで患者さんがすごい落ちこんじゃって、処置しながら話を聴くと『生きていても迷惑をかけるだけだし、死んでしまいたい』と泣いているんです。『つらいことを主治医の先生に言ったら』と勧めるんですけど、『言っても仕方がないから』ってだま

ってじっとしているんです。つらそうなので、なにかできませんか？」

◎ たしかにそれはつらそうですね。主治医の A 先生には相談したの？

◎ 「もうしましたよ。先生に話したら、『俺の前では家で孫とゆっくりします、と笑いながら話していた』から大丈夫だって言うんです。もうメンタルのこと全然わかっていないんですよ、A 先生は、緩和ケアチームで叱ってやってください」

◎ いやいや、そんな緩和ケアチームが主治医にお仕置きをするなんてとんでもない。緩和ケアチームは病棟と主治医の先生のお手伝いをするのが役割ですから…

◎ 「じゃあどうすればいいんですか？」

◎ コミュニケーションは難しい

◎ がん医療はコミュニケーションが重要としばしば言われます。それはがんの疑いを告げることから始まり、告知、治療方針の決定、再発、抗がん治療の中止と、患者さんと医療者との間で方針を決める段階が多くあることが要因です。本当は、肺炎の治療のように、「治療をすること＝完治する」の図式がなりたつのならば、選択肢を選ぶ必要性も生じません。完治する方法以外はよほどのことがない限り選ぶ場合がないからです。

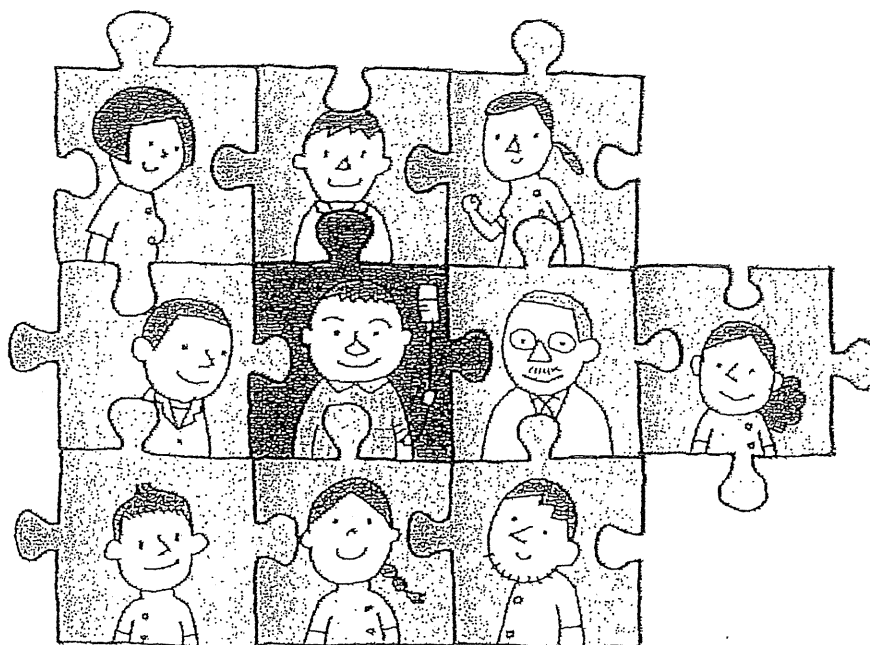
◎ しかし、残念ながらいま現在のがん治療では、進行したがんの場合、がんを完治させることは困難です。そのため患者さんにとってよりよい選択肢は何かをその都度考える必要が出てくるわけです。

◎ この議論は患者さんと医療者の間だけではありません。実は医療者同士でも起こります。

- ◎ 医療者同士の場合、それぞれの人それぞれがそれぞれの患者さんの情報を持って考えています。それぞれの医療者は、おのこのの専門を持っています。専門によって、見方やとらえ方が変わってきます。
- ◎ がんの治療を考えると、治療方法やケアはいろいろな方面からなされます。例えば、治療をとっても、手術もありますし抗がん剤もあります。放射線もありそれぞれの専門家がいます。治療方針を決めるにしても、それぞれのプロの意見がありますし、そもそも診断を下す病理の先生もいます。
- ◎ また、ケアを考えると看護師さんが主になって調整をします。それも病棟の看護師さんといえば外来の看護師さんもいます。訪問看護師さんもいて、ケアのときに重要と思うポイントも変わってきます。たとえば病棟の看護師さんは退院するときに、調整をするキーパーソンを重要と思うかもしれませんが、でも外来に移れば、外来に付き添ってくる方の見方を重要と思うかもしれません。訪問看護師さんは家で一番長い時間接している方を鍵としていることも考えられます。
- ◎ このように、患者さんを取り巻く状況と、関連する情報は膨大です。とても一人で全部を見渡すことはできません。

Point ▶ 患者さんの生活、病状、今後の見通しを一人で見渡すことはできません。

- ◎ しかし、患者さんにとって一番よい方法を探すためには、患者さんの全体像を理解しなければ始まりません。そのためには、それぞれの医療者が持っている情報をつなぎ合わせて、全体を見渡せるようにしなければなりません。お互いに持っている情報をつなぎ合わせていく、全体を見渡して何が大事かを話し合う、これがチーム医療といわれるものです。



Point ▶ チーム医療を進めるには、お互いの情報を共有して、お互いに生かすように調整をすることが大事です。

④ 情報を共有するためには

- ① では、どのような点に注意をして進めるのがよいのでしょうか？
- ② 医療者間で情報を共有したり、提案をしたり、意見交換をする関係はコンサルテーションといわれています。
- ③ コンサルテーションというと、経営にアドバイスをしたりする職業を思いうかべるかもしれませんが、なんとなく、専門家が助言と指導を与えるようなイメージを持たれる方が多いのかもしれませんが。
- ④ しかし、医療の分野においてはイメージとは異なります。医療の分野では、異なった専門や役割を持っている医療者同士が、お互いの専門

性や役割に基づいて状況を検討し、今後どのようにしたらよいのかを相談する関係がコンサルテーションです。チーム医療と同じ考え方と置いていただければよいです。

◎このコンサルテーションの活動を、総合病院で取ってきた分野にコンサルテーション・リエゾン精神医学があります。どのような分野かといえば、身体の病気を治すために入院してきた患者さんの精神的なケアを専門に行う分野です。この本で取り上げているサイコオンコロジーも、コンサルテーション精神医学の一分野に当たります。

◎コンサルテーション精神医学の活動、つまり入院患者さんの精神的な苦痛に対する治療をする場合には、担当医の先生に協力をいただくことが必要になります。身体の治療なくして、精神的なケアはありませんから、担当医の先生に状況を説明して、納得いただいて、精神的な治療と一緒に進めていきます。

◎たとえば、せん妄の患者さんであれば、身体の治療をしながら、せん妄の治療を進めます。

◎うつ病の患者さんで、希死念慮が強くて「もう死にたい、治療も受けたくない」とうつ病の症状として言っているような状態であれば、まずうつ病の治療を進めて、うつ病が落ち着いて自身の身体の治療を考えられるようになってから、身体の治療の進め方を相談するように調整をします。これは簡単なようですが、細かい意見の調整、連携が重要になります。

◎ どうすればよいでしょう？

◎このコンサルテーションをスムーズに進めるために重要なポイントがいくつか知られています。いくつかご紹介しましょう。

◎医療者間でのコミュニケーションを進めるためには(1)

- ①時間を選ぶ
- ②顔を合わせて話す
- ③話し合うのに快適な場所を用意する

◎まずは話しやすい場を用意する、ということです。簡単で当たり前の話ですが、いざ話をしようと思うと電話がかかってきたり、隣りでカンファレンスが始まったりと意外に落ち着かないものです。

◎例えば、患者さんのことを担当医の先生とじっくりと話したいと思ったときには、あらかじめ話をしたいということを伝えて、時間を取っておくことが第一歩です。

◎医療者間でのコミュニケーションを進めるためには(2)

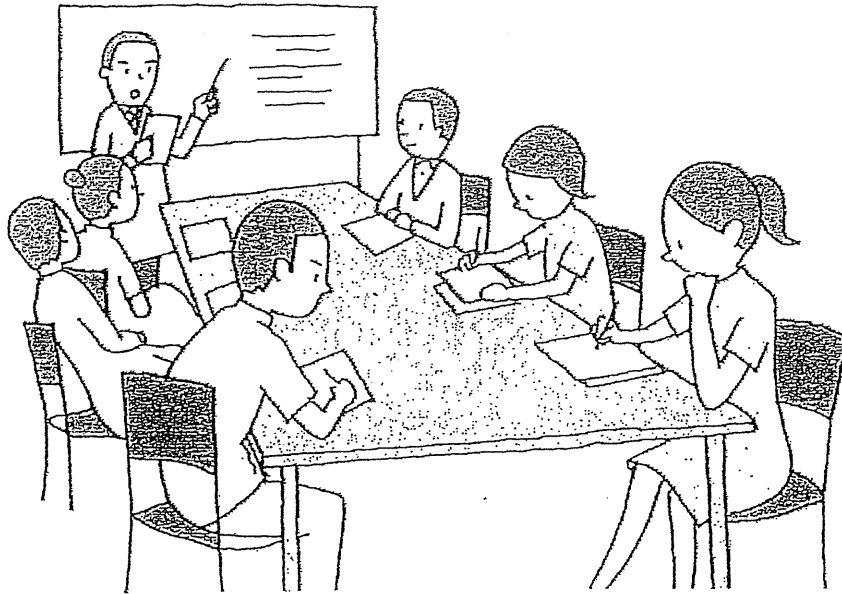
- ①最初に、これから話す内容が重要なことだと伝える
- ②はっきりとわかりやすい言葉で伝える
- ③個人的な攻撃はしない

◎次に大事なことは、最初に重要な話をする、というメッセージをしっかりと伝える、ということです。わかりやすく、簡潔にまとめて話をするのが大事です。話をするとなると、どうしてもあれこれと言いたくなるものですが。

◎ここが重要な点ですが、コミュニケーションをとる目的は、「いまの情報をお互いに持ち寄って、患者さんにとってベストな解決策を考える」ことです。「先生は患者さんのことがわかっていない!」「主治医にわからせないと!」となってしまうと、どうしても批判的になってしまいます。相手も感情的に反応してしまいます。

◎医療者間でのコミュニケーションを進めるためには(3)

- ①患者さんのためになることを話す
- ②相手が応えるチャンスを用意する



③相手が心配していることを話す

④無理に謝らせない

◎だんだんと本筋に入ってきました。

◎どうして話し合いをするのか、を考えると、それは患者さんにとって良かれと思ってのことです。当たり前のことです。でも、話し合い、議論となると、「私のほうが正しい」とか「私のほうが患者さんのことをよく知っている」と思いたくなるものです。「私たちはどのようにしたいと思って話し合っているのか」繰り返し考えます。

◎「先生はどのようなことを心配しているのですか?」「どのようなことが起こるとまずいな、と思うのですか?」など、相手の情報、とくに問題となる重要なポイントを聴き出すようにします。

◎繰り返しになりますが、「正しい、間違っている」と白黒をつけるために話をしているわけではありません。話し合いが熱くなればなるほど、「あなたは間違っている」と責めたくなりますが、善し悪しをつ

ける場ではないことを忘れずに。

📌 チームをみんなで育てよう

- 📌 自由に意見を言うことができるコミュニケーションは、チームを育てていくためにも大事なことです。的外れに思えたり、あるいは少数の意見も大事に考えることを通して、ともすれば見落としがちな問題を丁寧に考えることを大事にします。
- 📌 医療者同士で話し合うときに、医療者のネガティブな感情は出しにくいものです。例えば、患者さんや家族に対してネガティブな感情を持ったことを話すのは、「医療者として働く資格がない」とか「医療者の態度として失格だ」と非難されるのではとの不安につながります。しかし、そのような感情を持つと、知らず知らずに態度に表れてしまうものです。オープンに話せる雰囲気的大事に育てていきたいですね。

Point ▶ お互いに自由に意見が出せる雰囲気を育てましょう。

(小川朝生)

2. 医療倫理に関する法律 354
3. インフォームド・コンセント 355
4. 医療事故 357
5. がんの告知をめぐる問題 358
6. 終末期における倫理的問題 358
7. 臓器移植 360
8. 研究と倫理 360
9. がん対策基本法 361
10. 患者を支えるがん医療の実現に向けて 363

8. 意思決定能力 小川朝生 365

1. がん医療においてインフォームド・コンセントが重要視される理由 365
2. 意思決定能力 366
3. 意思決定能力の判定 367
4. 意思決定能力の判定方法 367
5. 実際の意思決定能力の判定 369

D 教育、研修、研究

1. 教育研修 藤澤大介 374

1. レベル1 374
2. レベル2 377
3. レベル3 378
4. レベル4 378

2. 海外各国の精神腫瘍学の取り組み 381

- I 国際サイコオンコロジー学会(IPOS) 吉内一浩 381
 1. IPOSとは 381
 2. IPOSの組織 381
 3. IPOSの学術活動 381
 4. Psychosocial Academy 382
 5. IPOS Federation 382
- II ガイドラインの作成と各地域での取り組み 小川朝生 383
 1. ガイドライン 383
 2. ケアの標準化 385

IPOS の役員会議や、IPOS Federation においても、日本に対する期待が高いことが実感され、日本におけるさまざまな職種の専門家の積極的な寄与が望まれる。IPOS からの「Distress(気持ちのつらさ)を第6のバイタルサインに加えよう」というメッセージが、2010年には、国際対がん連合(Union of International Cancer Control: UICC)においても正式に認められたという状況もあり、今後、サイコオンコロジーの重要性が世界に認識されていくことが予測され、わが国のがん診療においてもさらにこの分野が浸透していくことと、日本から世界へ向けて重要な知見が発信されていくことが期待される。

参考ウェブサイト

- 1) 国際サイコオンコロジー学会のホームページ(<http://www.ipos-society.org/>)

(吉内一浩)

II ガイドラインの作成と各地域での取り組み

1990年代後半から精神心理的ケアを標準化する動きがあり、いくつかの国でガイドラインが作成されている。精神心理的なケアとその支援体制は、各国の医療保険制度や提供体制の担い手の職種によって異なる。ほかにも文化的な背景も影響を与えているため、海外の支援体制をそのままが国のモデルに採用することは難しい点がある。しかし、背景となる考え方は共通であり、わが国で今後、精神心理的ケアの支援体制を構築する上で得られる示唆は非常に大きい。

1. ガイドライン

1) オーストラリア

精神心理的ケアに関する最初のまとまったガイドラインは2000年にオーストラリアで作成された。当初は乳がん患者へのケアを目的に作成され、その後他のがんにも対応する形で“Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer”としてもまとめて公開されている¹⁾。オーストラリアにおいては、ソーシャルワーカーを中心にがん患者の心理社会的な支援体制作りが行われており、情報提供および社会経済的支援を中心とした手厚いオーストラリアのケアの現状を示す内容である。

オーストラリアのガイドラインは、各国のガイドラインにも影響し、カナダのCanadian Association of Psychosocial Oncologyにおいてもガイドラインとして採用されている²⁾。

ヨーロッパにおいては、フランスやドイツ、イタリア、イギリスを中心に、公的な支援を受けて、がん医療における心理的サポートの重要性は身体治療と同等に受け入れられている。ヨーロッパにおいては、“Councils conclusions on reducing the burden of cancer”に治療中の患者からリハビリ、治療後の患者までを含めて、患者中心のケアを提供することの必要性を指摘している³⁾。とくにヨーロッパの特徴は、包括的なケアと多職種チームによる支援体制を前面に出している点である。

2) イギリス、ヨーロッパ

経済的な視点でやや独自性のあるイギリスでは、公的機関とは独立してガイドラインの策定を行う機関である National Institute for Clinical Excellence が、“Improving supportive and palliative care for adults with cancer” を策定した⁴⁾。このガイドラインにはいくつかの特徴があり、①多職種によるケアの提供を重視していること、②医療経済的な観点を重視していることがあげられる。精神心理的ケアに関しては、すべての患者が精神心理的問題のアセスメントを受けて適切な支援を受けられるように保障する必要性、そのために精神保健の専門家へのアクセスを取ることの重要性を指摘している。

ヨーロッパにおいては、ガイドラインに基づき、イギリス、フランス、ドイツ、ハンガリー、イタリア、スペインを中心に、精神心理的ケアの教育について共通カリキュラムを整備し、一部はネット上で公開されている。

3) アメリカ

アメリカにおいては、National Comprehensive Cancer Network が1997年に設立され、多職種による精神心理的ケアを提供するための枠組みの構築を目指している⁵⁾。NCCNの取り組みで特徴的な点は、精神的苦痛、社会経済的問題、スピリチュアルな問題を“distress”という言葉で統一している点である。そのため、“distress”は、うつ病や不安障害等の臨床診断に加えて、通常反応や経済的問題、実存的苦痛までを含んでいる。経済的問題を中心に、情報提供から心理的ケアまでの広く提供するアメリカのソーシャルワーカーの活動に合致した概念と言える。NCCNは practice guidelines for the management of psychosocial distress としてガイドラインを発表しており、スクリーニングシステムを中心とした合理的なモデルを提唱している⁶⁾。

アメリカにおいては、精神心理的ケアに関する報告書がまとめられた。Institute of Medicine (IOM)は、アメリカの医療の質の評価に関する一連の報告書を作成している⁷⁾。2007年にIOMは、身体疾患に罹患した患者の精神心理的、社会的問題に対して行われているケアについて一連の報告書を発表した。その中に、がんに罹患した患者に対する精神心理的ケアに関してまとめた報告書も作成されている(Cancer care for the whole patient—Meeting psychosocial needs)⁸⁾。この報告書の中で、IOMの委員会は、がんの医療において、精神心理的ケアはがんの治療の一部であるとは認識されていないことを挙げている。報告書では、がんの診断の時から患者は著しい不安と抑うつを抱えていることに加えて、患者は高額な医療保険と、医療費に悩まされていることを指摘している。アメリカは国民皆保険制度をめぐって大きく揺れているが、2007年の時点で、1,200万人(平均して5つの家族につき、1家族)が、医療費の支払いに支障を抱えていた。医療費がかかることを懸念して、治療の決定が遅れることも多く、150万人のアメリカ人ががんの治療費に関連して破産せざるをえなかったと報告している。

このような厳しい医療負担が患者家族に強いられていることから、経済的問題を中心とした unmet needs に関する研究が重視されている。

アメリカでは、がん医療はオンコロジークリニックを中心とした外来治療が中心となっている。外来においては、入院と異なり非常に忙しい場所でケアがなされなければならないこと、外来においては、心理療法士やソーシャルワーカーを常駐させるだけの経済的な余裕がないクリニックが多いこと、多忙な日常診療の中で精神心理的問題を抱えた患者を認識することが困難なこと、

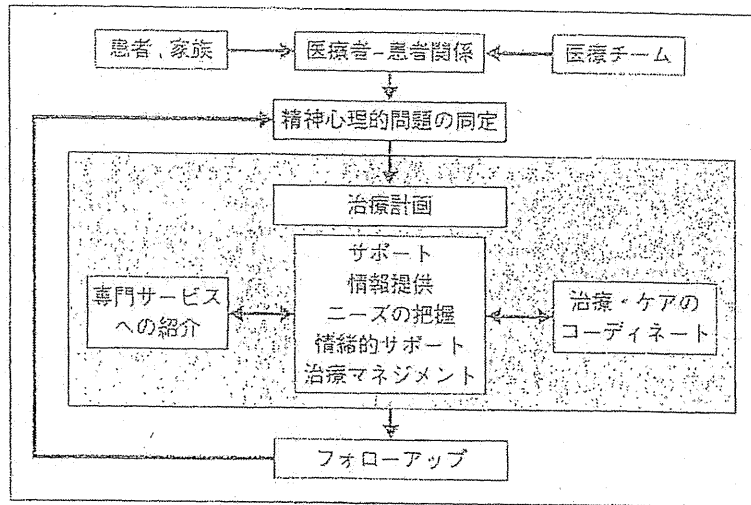


図1 精神心理的サービスの提供モデル

在宅療養に移行した結果、療養生活を支える家族の身体的精神的負担が増したことが問題としてあげられている。NCCNを中心に distress に対するスクリーニングシステムも提案されているが、NCCN 加盟施設でも実施率は 30% 程度と高くはない。

2. ケアの標準化

2005 年にアメリカ連邦議会は、National Institute of Health (NIH) に 1 億の予算を計上し、外来がん診療において心理社会的サービスにアクセスするバリアの調査を始めた。

IOM では精神心理的支援の定義から再構築を行い、精神心理的ケアの提供モデルを提示している(図1)。このモデルはいくつかのコンポーネントからなる。

①基本的な医療者-患者間の良好なコミュニケーション

良好なコミュニケーションとは、治療関係を促進する、情報交換、情緒的に応答する、不確実な内容をマネジメントする、意思決定を行い、セルフマネジメントを促進する関係である。

②精神心理的ケアのニーズを把握する

忙しい外来の場面においては、簡易なスクリーニング (ultra-short) を行い、スクリーニングが陽性の場合に 2 段階目として医師やソーシャルワーカーからより詳細な評価を行う。

③ケアプランを作成する

治療・ケアとの連携をとった治療プランを作成する。情報提供と情緒的サポート、患者が疾患や治療をマネジメントをすることを支援する。

また、上記を踏まえて、IOM 委員会は、がん医療において精神心理的問題に対するバリアを克服するために 10 項目の提言を出している。提言の内容は、提供モデルの標準化や医療者の精神心理的ケアに対する配慮を要請に加えて、患者家族の教育、公的機関の役割、保険者の役割、研究助成や研究者の育成への提言、研究の進展が望まれる分野などが盛り込まれている。IOM の報告書は、アメリカのがん医療において精神心理的ケアへの認識を高める転換点として大きな意味がある。

文献

- 1) Initiative TNBCCatNCC : Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer. 2003 [cited 2010 November 11] ; Available from : <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp90syn.htm>.
- 2) Oncology CAoP : A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline—Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient. 2009.
- 3) Union CotE : Council conclusions on reducing the burden of cancer. 2008 ; Available from : www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO_cancer.
- 4) Excellence NHC : Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. 2004.
- 5) Network NCC : Distress Management (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines TM)). 2011.
- 6) Medicine 10 : Cancer care for the whole patient—Meeting psychosocial health needs. Washington DC, National Academies Press, 2008.

(小川朝生)



東アジアにおける精神腫瘍学の取り組み

2006年、第7回国際サイコオンコロジー学会(IPOS, ベニス)あたりから東アジア諸国からの参加者が著明に増え、2007年、第8回(ロンドン)、2008年、第9回(マドリッド)では東アジア発のシンポジウムが開催された。とくに、文化背景が似通い、表情でわかり合える東アジアの方々との討論は有意義で刺激的でもあった。そうした交流が実を結び、2008年10月8日、東アジアサイコオンコロジー学会第1回総会(東京)が開催された。香港、北京、台北、ソウル、マレーシアから数十名が参加し、各国の事情が窺える演題の報告であった。

- | | |
|----|---|
| S1 | Psychological morbidity in Chinese women following breast cancer surgery : a longitudinal study. Hong Kong |
| S2 | Development of the East Asia Network on Distress Screening among Cancer Patients : The Current Development in Taiwan, Taiwan |
| S3 | Psychological Screening in Japanese oncology setting. Japan |
| S4 | Psychological Screening in pediatric cancer survivors and their mothers. South Korea |
| S5 | Development of recommendations for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients in South Korea. South Korea |
| S6 | The Influence of Cultural on the practice of Psychosocial Oncology in China : Current Status and Future Directions. China |
| S7 | Japanese cancer patients' preferences for physicians' communication style when receiving bad news. Japan |
| S8 | EAPOS : Growing evidence-based psycho-oncology for Asia. Hong Kong |

今後、IPOS傘下の East Asia Psycho-Oncology Network(EAPON)として組織化され、2年ごとの総会が巡回してもたれること(香港、北京、台北、ソウル)が決まっている。

1) 香港

香港大学の臨床心理士である Fielding R 博士は、精神腫瘍学研究と教育を中心に活動を行って

がん診療に携わる すべての医師のための 心のケアガイド



清水 研
(国立がん研究センター中央病院
緩和医療科・精神腫瘍科 副科長)

真興交易(株)医書出版部

目次

はじめに..... 3

第1章 がん患者における心のケア

—サイコオンコロジー—総論— (内 富 庸 介)—11

- ① Quality of life の向上 13 ② Quantity of life の延長 17 ③ 精神科医が参画するがん医療の長所について 18

第2章 コミュニケーション

—21

■ 一般的なコミュニケーション..... (白 井 由 紀)…22

- ① コミュニケーションとは 22 ② がん医療におけるコミュニケーション 23 ③ がん患者の心理とコミュニケーションの重要性 24 ④ 基本的なコミュニケーション 24
⑤ 若年患者とのコミュニケーション 26 ⑥ 怒りを呈する患者とのコミュニケーション 26
⑦ 医療者に自身の感情を表出しない患者とのコミュニケーション 27 ⑧ 家族とのコミュニケーション 27

■ がん告知 —SHARE—..... (藤 森 麻 衣 子)…29

- ① コミュニケーションとは 29 ② 悪い知らせとは 29 ③ コミュニケーション技術の学習方法 33

第3章 よくある精神症状とその対応

—35

■ 抑 う つ —患者が落ち込んでいる、元気がない—..... (宮 島 加 耶 / 藤 澤 大 介)…36

- ① がん患者の抑うつ 36 ② 通常の心理的反応 37 ③ 抑うつの危険因子 38 ④ 抑うつの評価、診断 38 ⑤ 抑うつへの対応、治療 40 ⑥ 高齢がん患者におけるうつ病の注意点 43

■ 不 安 —心配が強い、落ち着きがない—..... (秋 月 伸 哉)…45

- ① 不安とは 45 ② 不安を伴う精神医学的問題 46 ③ 不安に対する介入 47

■ 認知症・せん妄 —言っていることのつじつまが合わない、記憶力がおかしい—

..... (小 川 朝 生)…50

- ① 認知症 50 ② せん妄 51



認知症・せん妄

一言っていることをつじつまが合わない、記憶力がおかしい

小川朝生

はじめに

わが国においては、世界に先駆けて高齢化社会が進行している。厚生労働省の統計によると、2007年には65歳以上の老年人口は2,750万人となり、全人口の21.6%を占め、2025年には3,500万人まで増加し、国民の3人に1人は高齢者という時代が迫りつつある。

高齢化は加齢に関連する疾患の増加を意味する。アルツハイマー病を代表とする認知症への対策が緊急の課題である。特に2015年問題といわれるように、人口構成比の高いいわゆる団塊の世代が65歳を迎えると、認知症患者も大幅に増加すると見積もられ、現在200万人といわれる認知症患者が2020年には300万人を超えると予想されている。

一方、加齢に関連する疾患として代表的な疾患にがんも挙げられる。がんの罹患者は、男性では45～89歳、女性では40～84歳までの広い年齢において最大の死因になっている。特に高齢者に注目すると、がん罹患者の60%が65歳以上であり、死亡者で見積もると70%が75歳以上である。現在、がん患者は約200万人であるが、2020年には500万人と急激な増加が見込まれる。

本項では、高齢者の精神症状として重要な課題である認知機能障害（認知症・せん妄）を中心に紹介をしていく。

● 認知症

認知症とは、正常に発達した認知機能が、後天的な器質性障害（神経変性など）により持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。認知症の定義はいくつか提唱されているが、代表的なものにDSM-IV-TR〔Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)-TR〕がある。認知症の罹患者は65歳で1.5%、70歳で約4%、75歳で約7%、80歳で約15%であり、およそ65歳以上の10人に1人が診断基準を満たす¹⁾。わが国では高齢化に伴い認知症患者も増加し、2006年でおおよそ200万人が認知症に罹患している²⁾と見積もられている。

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症自体がセルフケアの障害を通して予後を悪化させる因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応を必要としたり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある³⁾。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する⁴⁾。

抗がん治療が実施されている場合、安全性の評価の上で認知機能の評価は重要である。たとえば外来の場においては、

① 経口抗がん剤の服用を間違える

- ② オピオイドの内服を間違える
 - ③ 化学療法に伴うセルフケアができない
 - ④ 治療方針が理解できない、決定できない
- などの問題が生じる危険性がある。

認知症を合併したがん患者は、進行がんの比率が高く、ステージが不明の場合が多い³⁾。また、認知症の既往は予後にも影響する。乳がんや前立腺がん、大腸がんを対象とした米国の Medicare のデータベースを用いた後向き研究では⁴⁾、非認知症のがん患者の6か月以内の死亡率が8.5%だったのに対して、認知症を合併した場合には33%に上った。死因別に検討すると、認知症を合併した患者では、がんに関連する死亡もがんに関連しない死亡もともに上昇していた。認知症を合併したがん患者では、ステージが不明の症例が多く、死亡率上昇の13.6%（結腸・直腸がん）から16.4%（乳がん）は、がんが進行期であることで説明ができた。一方、前立腺がんにおいては、病期を調整すると、認知症はがん関連死にはほとんど影響しないと見積もられており、がん種による差は今後の検討課題である。また、認知症患者では、診断病期の予後への影響は非認知症患者よりも小さいことも明らかになった。これは認知症患者には治療に伴う合併症の影響が相対的に大きいことを示していた。

認知症に関しては、前向き研究による詳細な検討が必要である。認知症を合併した場合に病期の影響が小さいことは、早期発見のためのスクリーニングの有効性も認知症の有無で異なることが考えられ、高齢者のガイドラインは新たに検討する必要がある。

● せん妄

せん妄は身体因子を原因とする脳機能障害である。

せん妄は、脳の器質的な脆弱性の上に、脱水や感染、薬物など身体負荷が加わったために、脳活動が破綻して生じる脳機能障害の一種である。せん妄は、幻視や妄想、興奮などの激しい精神症状から、軽い見当識障害に伴って不安・焦燥感を訴えるような慣れないと気づかずに見過ごしてしまうような症状まで、多彩な症状を呈する。そのため、がん医療の現場では、未だにせん妄をストレス性の精神症状や性格などと誤解されることが非常に多い。せん妄はあくまでも身体因子により生じる軽度の意識障害を伴った脳機能障害であり、身体的な治療が必要な病態であること、退院などの環境調整では改善しないことを知ることがまず必要である。

1. せん妄の有病率とその影響

せん妄は、がん患者において高頻度に認められる。一般には入院がん患者の20~30%に認められ、進行・終末期になるにつれて次第に上昇する。特に予後が1週間を切る段階では、患者のおよそ90%がせん妄状態を呈する。このようにせん妄は非常に一般的に認められる病態であるにもかかわらず見落とされ、適切な治療がなされていない場合が多い。

表1 せん妄の影響

せん妄が与える影響	関連する症状
せん妄の症状自体が与える苦痛 危険行動と事故の原因（ルート・カテーテル自己抜去、転倒・転落） アドヒアランスの低下 症状評価が困難、対応が遅れ生命予後が悪化 治療選択など患者の意思決定能力の障害 家族とのコミュニケーションが困難になる 医療スタッフが疲弊 入院が長期化	不安、幻視、妄想、見当識の障害 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 不安、幻視、妄想、見当識の障害

せん妄は、幻視や見当識障害などその体験自身が患者に強い苦痛を強いるばかりではなく、事故やコミュニケーションの障害となる（表1）。がんの臨床において、せん妄が生じる場面は、身体的にも重篤な場面である。当然、がん治療の方向性を考えるためには本人の意向が重要であるが、せん妄状態にあると本人の意向が確認できない場合がある。また、がん患者の症状緩和を進めるためには、疼痛や倦怠感など本人の自覚症状を確認しながら、オピオイドやステロイドの調整が必要となる場面がある。ここでせん妄が重畳すると、自覚症状を確認できず、速やかな症状緩和が妨げられることになる。患者のみならず家族の生活の質（QOL）を維持し向上させるためにも、せん妄の管理は重要である。

2. せん妄の診断

せん妄の本態は、何らかの身体的な負荷により、脳機能が障害された特殊な意識障害である。脳機能は全般的に障害されるために、一見さまざまな精神症状が出現するが、その本質は脳機能障害に基づく注意の維持・転導の障害である。表2にせん妄の診断基準（DSM-IV-TR）を示す。

3. せん妄の早期発見

せん妄の症状というと、幻視や興奮など激しい症状が目立ちがちである。しかし、せん妄の神経精神症状の出現率を調べた報告では、行動障害としては睡眠覚醒リズム（97%に出現）、認知症状としては注意力障害（同じく97%）が高頻度に認められている⁵¹（表3）。

実際、幻視や妄想など目につきやすい精神症状は50%以下の出現率であり、思われているほど一般的ではない。せん妄に気づくためには、①昼夜逆転がないかどうか、②日常会話が成立するくらい一般的な注意力が保たれているかどうかなど、目立ちにくい変化を把握できるかどうか重要である。

たとえば、臨床場面で「日中うつらうつらして寝て過ごしていないか」を確認したり、「夜になるとトイレの回数が増える」「夜になると落ち着かなくなる」ことがあれば積極的にせん妄を疑って対応を進めていく。また、日常診察場面においても「脈絡なく会話が飛ばないかどうか」や「質問に集中して返事をしているかどうか（おどおどしながらうなずいている）」など注意力の変化を意識することが重要である。

表2 せん妄の診断基準 (文献1より引用)

DSM-IV-TR 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 場当たりの返事を繰り返す 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, 夕方辺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うろする 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

表3 神経精神症状 (文献5より引用)

行動異常	(%)	認知症状	(%)
睡眠覚醒リズム	97	見当識	76
知覚障害/幻覚	50	注意力	97
妄想	31	短期記憶	88
情動の変容	53	長期記憶	89
言語	57	視空間能力	87
思考過程	54		
運動性焦燥	62		
運動制止	62		

4. せん妄の原因

せん妄の本態である脳機能の低下をきたす詳細な病態はまだ明らかとなっていないが, 認知科学的な検討から, 大脳基底核や視床の障害が病態の中心と考えられている。

せん妄の要因は, 大きく3つ, すなわち,

- 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
- に分けて検討する (表4). 終末期がん患者の場合, 複数 (平均3つ) の要因がせん妄を誘

表 4 せん妄の原因

要 因	因 子	原 因
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 脳の器質的な障害	高齢なほど生じやすい (特に 70 歳以上はリスクが高い) 認知症の既往 脳血管障害の既往
誘発因子 (直接せん妄を生じほしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する)	感覚障害 睡眠覚醒リズムの障害 コントロールされていない身体症状	聴力障害, 視力障害 (白内障) 夜間に覚醒を促す処置 (24 時間の点滴) 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 電解質異常 代謝性障害 感染症 循環障害 薬剤	脳転移, がん性髄膜炎 脱水, 高カルシウム血症, 低ナトリウム血症 低血糖, 肝性脳症, ビタミン B ₁ , B ₁₂ 欠乏 貧血, 低酸素血症 オピオイド, ベンゾジアゼピン系薬剤 (抗不安薬, 睡眠導入剤), 抗うつ薬, ステロイド, 抗ヒスタミン薬

発していることが一般的である。

せん妄の原因を詳細に検討する理由は、終末期に出現したせん妄でも、原因治療を行うことで症状の改善を図ることが可能であるからである。たとえば、終末期のせん妄の原因に関する報告では、原因として薬剤（オピオイド）、脱水、代謝異常、呼吸器感染による低酸素脳症が高頻度に認められる。そのうち、オピオイドや脱水、高カルシウム血症などは適切に対処することで可逆性は高い⁹⁾。

5. せん妄への対策

① 原因の同定と治療

繰り返しになるが、せん妄は身体負荷に発した脳機能障害である。せん妄の治療の原則は、負荷となっている身体因子を同定し除去することにある。したがって、せん妄を疑う場合には、経過を振り返ると同時に、身体所見・検査所見を得て、投薬履歴を確認しながら原因の治療、薬物療法の変更を行う。

原因治療はそれぞれの身体因子により異なるが、感染症が原因であれば抗生物質による対応、高カルシウム血症に対してはビスフォスフォネート製剤による電解質コントロール、薬剤が原因の場合は減量するか切り替えを検討する。

特に終末期のせん妄において、オピオイドが原因となることがしばしばある。しかし、オピオイド（特に塩酸モルヒネ）誘因のせん妄では、背景に脱水を伴い活性代謝物の蓄積が疑われる場合が多く、補液などを並行して行いながら対処する。疼痛が適切にコントロールされていない場合もあり、安易なオピオイドの減量・中止は避けるべきである。

② 薬物療法

前述のように、せん妄治療の原則は原因となる身体的要因の除去と同時に、ほとんどの