

28. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer* 2004;12:692–700.
29. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961–8.
30. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21.
31. Dougherty E, Pierce B, Ma C, Panzarella T, Rodin G, Zimmermann C. Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26:105–11.
32. Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008;372:40–8.
33. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:741–9.
34. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD000072.
35. Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, Brenneis C, Kneisler P, Selmsler P, et al. Edmonton Regional Palliative Care Program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 1999;161:290–3.
36. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. *Lancet* 2000;356:888–93.

## Factors that influence the efficacy of bereavement life review therapy for spiritual well-being: a qualitative analysis

Michiyo Ando · Tatsuya Morita · Mitsunori Miyashita ·  
Makiko Sanjo · Haruko Kira · Yasuo Shima

Received: 8 June 2010 / Accepted: 7 September 2010 / Published online: 16 September 2010  
© Springer-Verlag 2010

### Abstract

**Purpose** We have previously shown that bereavement life review therapy improves the spiritual well-being of a bereaved family, but the factors that influence the efficacy of this therapy have not been determined. Therefore, this study was performed to identify factors associated with improvement of spiritual well-being of bereaved families.

**Methods** The participants were 21 bereaved family members who lost a relative who had been treated in a palliative care unit in Japan. The family members received the

Bereavement Life Review over two sessions of about 60 min each. In the first session, the bereaved family member reviewed their memories of the deceased relative with a clinical psychologist and answered several questions. After the first session, the psychologist made an album. In the second session, the family member and the psychologist confirmed the accuracy of the contents of the album. Assessment was performed using the Functional Assessment Chronic Illness Therapy-Spiritual score, based on which the participants were separated into effective and non-effective groups. Factors were extracted from the narrative of the therapy using a text-mining software.

**Results** Factors such as “good memories of family,” “loss and reconstruction,” and “pleasant memories of last days” were commonly found in the effective group, whereas factors such as “suffering with memories,” “regret and sense of guilt,” and “disagreement on funeral arrangements” were more common in the non-effective group.

**Conclusions** Factors like “good memories of families,” “loss and reconstruction,” and “pleasant memories of last days” were associated with the improvement of spiritual well-being of bereaved families.

M. Ando (✉)

Faculty of Nursing, St. Mary's College,  
Tsubukuhonmachi 422, Kurume City,  
Fukuoka, Japan  
e-mail: andou@st-mary.ac.jp

T. Morita

Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care  
Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital,  
Shizuoka, Japan

M. Miyashita

Department of Palliative Nursing, Health Science,  
Tohoku University,  
Miyagi, Japan

M. Sanjo

Faculty of Medicine, Adult Nursing, School of Nursing,  
Toho University,  
Tokyo, Japan

H. Kira

Graduate School of Psychology, Kurume University,  
Kurume, Japan

Y. Shima

Department of Palliative Medicine,  
Tsukuba Medical Center Hospital,  
Ibaraki, Japan

**Keywords** Cancer patients · Bereavement life review ·  
Spiritual well-being · Effective factors

### Introduction

Bereaved family members may experience physical or psychological problems as a grief reaction [1, 2]. An unresolved or complicated reaction may require emotional and behavioral therapy for spiritual dysfunction [3]; disbelief about death; lack of acceptance of death; prolonged searching and yearning [4]; hopelessness [5]; and

the link between suicide [6], hopelessness [7], and depression [8]. To cope with these reactions, hospices provide support such as counseling or befriending [9], a meaning-oriented approach for grief [10], and cognitive behavior therapy for complicated grief [11]. In Japan, memorial cards and services are frequently provided, included by many health care professionals [12] and support groups [13]. Staff members in palliative care units (PCUs) recognize the need for individualized care [12], but there are few studies on the effect of the intervention on the spiritual well-being of bereaved family members.

The following are theories of grief process, the Four Task theory by Warden [13] such as accepting the loss, acknowledging the pain and working through it, taking on new role, and finding an appropriate place, the Dual Process by Strobe and Schut [14] in which the bereaved families experience both loss-oriented or restoration orientated coping, or the Reconstruction of Meaning Making therapy based on constructivism by Neimeyer, Burke, Mackay [15] in which the bereaved families make new meaning by re-telling story. These theories include telling or reviewing stories of the bereaved families. Thus, we developed the Bereavement Life Review as psychotherapy by reviewing lives especially for improving the spiritual well-being of bereaved families since they often lose meaning or purpose to live because of loss of the important person, and it relates with quality of life [16]. Spiritual well-being is defined as having a meaning for life or purpose, peace of mind, and relationships with others [17, 18].

The Bereavement Life Review includes a review of memories with the deceased person in the first session. The interviewer makes an album after the first session and then confirms the contents of the album with the participant in the second session. We have shown that this therapy increases the spiritual well-being of a bereaved family [19]; however, the factors that influence the efficacy of the therapy are unclear. Therefore, the present study was performed to identify factors that make the Bereavement Life Review effective for the improvement of spiritual well-being.

## Methods

### Participants

Primary physicians identified potential participants based on the following inclusion criteria: (1) the family member was bereaved due to the death of a relative from cancer in a PCU, (2) the family member was  $\geq 20$  years old, and (3) the family member was capable of replying to the questionnaires. The exclusion criteria were that the participant (1)

may suffer serious psychological distress as determined by the primary physician and (2) was not aware of the diagnosis of malignancy.

The study was performed as part of a large cross-sectional anonymous nationwide survey of bereaved families of cancer patients who had been admitted to 100 PCUs in Japan. The PCU is the most common type of specialized palliative care service in Japan. Therefore, we chose bereaved family members of patients in PCUs as the subjects of the study. All PCUs provide palliative care through a multidisciplinary team, including attending physicians, nurses, psychiatrists, clinical psychologists, and medical social workers. Some PCUs also provide regular religious care by pastoral care workers or priests. The details of the service contents have been given elsewhere [20]. Questionnaires about the palliative care service were mailed to bereaved families in June 2007 and again in August 2007 to non-responding families. The detailed methods of the larger study have been given elsewhere [21, 22].

In the questionnaire, the families indicated if they were willing to participate in another research interview. One of the co-authors made a list of registered participants who were willing to undergo an interview and mailed this list to the interviewer. The interviewer selected 64 registered participants for interview based on a consideration of traveling distance and mailed an explanation of the Bereavement Life Review to these participants. Subsequently, 28 family members replied with consent to contact them for an interview. The interviewer first contacted the family member by phone, and seven were eliminated from the study due to difficulties with movement ( $n=1$ ), illness ( $n=1$ ), very long traveling distance ( $n=1$ ), withdrawal of consent ( $n=2$ ), and inability to contact ( $n=2$ ). Thus, 21 family members participated in the study (six males, mean age  $65 \pm 15.1$  years old; 15 females, mean age  $60 \pm 11.7$  years old).

### Questionnaires

The Japanese version of the Functional Assessment Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) scale [23], which was translated from the original version of Peterman et al. [18], was used to measure spirituality. Items on the FACIT-Sp are scored on 5-point scales ranging from 4 (strongly agree) to 0 (strongly disagree).

### Procedures

The ethical and scientific validity of the study was approved by the institutional review board of St. Mary's College. Interviews were conducted individually by a clinical psychologist in a college office. Two interview sessions were conducted in the Bereavement Life Review. Participants

orally completed a questionnaire about spiritual well-being (FACIT-Sp) before the first session and after the second session. Each interview session lasted about 30 to 60 min.

In the first session, participants reviewed their life and their memories of the deceased along the following questions: (1) What is the most important thing in your life and why? (2) What are your strongest memories of the patient? (3) In taking care of the patient, what is your most pleasant memory with the patient? (4) What growth did you experience through taking care of the patient? (5) What is the most important role you have played in your life? (6) What are you proudest of in your life? The narratives of the interviews of the subjects were recorded. After the first session, in order to make an album for the participants, the interview was transcribed verbatim and the therapist made a simple album. In the album, key words or impressive words from the answer to each question were selected by the psychologist, and she pasted photos or drawings from books or magazines that were related to the participants' words or phrases in order to make the album beautiful and memory-provoking. In the second session, the participants and the psychologist viewed the album together and agreed upon the contents.

#### Data analysis

Transcribed verbatim in the interview which was used to make an album was also used for data analysis. To identify factors associated with spiritual well-being, we used the text-mining program Word Miner [24, 25] to find specific words within the transcribed verbatim. Since we wanted to know the contents for subjects with strong improvement of spiritual well-being, we examined the relationships between the FACIT-Sp score and the contents extracted by the software. Patient narratives were first divided into meaningful words or

phrases, and words with the same meaning were substituted, for example, both "mom" and "mother" were included as "mother." Articles or punctuation marks were deleted, leaving only meaningful words, which are referred to as "fragments." A correspondence analysis was performed between the fragments and FACIT-Sp scores, and a significance test was conducted after this analysis to find fragments with a significant relationship with the FACIT-Sp scores.

A total of 333 fragments were chosen from the narratives of the 21 bereaved family members. Differences in FACIT-Sp scores before and after the interviews were calculated and the change in score was found to range from -12 to 14. Based on the median change of 3.0, the 21 patients were divided into an effective group (scores from 3 to 14) and a non-effective group (scores from -12 to <3).

#### Results

Factors in the Bereavement Life Review with an association with improvement of spiritual well-being were identified by correspondence analysis. This accounted for 80% of the variance, indicating the validity of the analysis. The fragments found in the correspondence analysis and the results of the significance test are shown in Tables 1 and 2 for the effective and non-effective groups, respectively. A high score in these tables indicates a fragment in the narrative that contributed to the efficacy of the therapy. The most important fragments were tabulated after performance of the significance test. We referred to three factors in each group.

In the effective group (Table 1), fragments such as "Mother," "Father" or "Going on an overseas trip" ranked high and we classified these as "good memories of family."

**Table 1** Fragments chosen by bereaved family members in the effective group

Rank	>12 to ≤14	Scores	>8 to ≤10	Scores	>5 to ≤8	Scores	≥3 to ≤5	Scores
1	Mother	7.07	Husband	5.35	Rehabilitation	3.08	Wife	9.50
2	My parents' home	4.34	Carefree life	3.81	Last	2.96	Elders' club	3.61
3	Not being settled	3.52	Sense of loss	3.81	I was permitted to do everything.	2.78	Many things happened.	2.76
4	Father	3.35	My brain began to become active.	3.81	My father moved into a private room.	2.78	Lucky	2.76
5	Pet	3.04	I was surprised.	2.93	Everyone	2.44	Various matters	2.24
6	My father could not eat.	3.04	Remembering	2.46	1-year memory	2.44	My wife had good taste.	2.24
7	Going on an overseas trip	2.49	I had lost interest.	2.39	Last birthday party	2.44	Department	2.24
8	Maruyama vaccination	2.49	Regret for not leaving	2.39	Sedation	2.44	Process	2.24
9	My father had pain.	2.49	I did not think of suicide.	2.39	Red cross hospital	2.44	Recurrence	2.24
10	Pass	2.49	I confronted problems.	2.39	My mother was confined for 16 years.	2.06	I lost my job.	2.24

**Table 2** Fragments chosen by bereaved family members in the non-effective group

Rank	≥ -12 to <-1	Scores	≥ -1 to <1	Scores	≥1 to <2	Scores	≥2 to <3	Scores
1	Keeping my home is my role.	3.72	Scattering ashes	4.80	Mother	4.46	I should have talked with my mother.	2.81
2	I have positive thinking.	2.99	Have gone on a trip	2.73	Seeming to live longer	3.49	Living for all my worth	2.81
3	My father was strict.	2.55	Husband requested scattering ashes funeral style	2.33	Sense of guilt	2.53	My children were college students.	2.81
4	I have lost interest.	2.06	Fukuoka	2.33	Nursing care	2.25	My encounter is important	2.81
5	Struggling with husband's memories	2.06	Certification of a helper	1.85	Regret	2.14	Changing clothes	2.81
6	I was possessed by my husband's soul.	2.06	Kumamoto	1.85	Not being able to give hopeful care	2.14	My mother had problems.	2.81
7	Now	2.03	Dazaifu (funeral place)	1.85	Mission and duty of taking care	1.69	My mother worked.	2.81
8	Not proud	1.53	Having seen a patient	1.85	I was told to cut the grass.	1.69	My mother died.	2.01
9	I went on errands.	1.45	Hospice	1.80	Thanks for mother	1.69	The hospice ward was good	1.26
10	Birthday party with a great grandchild	1.45	Husband	1.78	I was born with my mother.	1.69	Children	1.06

Fragments such as “husband,” “sense of loss,” and “my brain began to become active” also ranked highly and were classified as “loss and reconstruction.” Fragments such as “rehabilitation,” “last,” and “last birthday party” were also common and were classified as “pleasant memories of last days.”

In the non-effective group (Table 2), fragments such as “keeping my home is my role,” “struggling with husband memories,” and “I was possessed by my husband's soul” ranked high and were classified as “suffering with memories.” Fragments such as “scattering ashes” and “husband requested scattering ashes funeral style” also ranked high and were classified as “disagreement on funeral arrangements.” Fragments such as “sense of guilt,” “nursing care,” and “regret” were also common and were classified as “regret and sense of guilt.”

**Discussion**

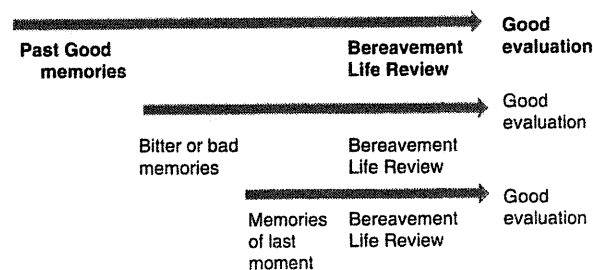
In the effective group, “good memories of family,” “loss and reconstruction,” and “pleasant memories of last days” were identified as common factors. “Good memories of family” indicates that good memories promoted the life review and improved the spiritual well-being of the bereaved families. Those family members with good family memories had good human relationships, and the importance of good human relationships for Japanese subjects is in accord with the findings of previous studies [21, 26]. “Loss and reconstruction” indicates that families who had grieved sufficiently might then be able to

reconstruct their life. This supports the finding that spiritual growth during bereavement occurs only when a person spends time in both the loss-oriented and restoration-oriented areas [27, 28]. “Pleasant memories of last days” indicates that bereaved family members who had enjoyed a good time, such as talking or eating, with the patient in the PCU retained precious memories that improved spiritual well-being.

Considering these factors, we present a new model, the Memory Reinforce theory

In this model, the Bereavement Life review reinforces good past memories of the bereaved families who had good memoirs toward acceptance of loss. It also promotes the bereaved who had bad or bitter memories associated with a patient's death to grieve fully, and it changes bad or bitter memories to good memories. Also, it reinforces the nearest pleasant memories of last days toward beautiful memories (Fig. 1).

In the non-effective group, “struggling with memories,” “disagreement on funeral arrangements,” and “regret and



**Fig. 1** Memories reinforcement model from the effective group

sense of guilt” were identified as common factors. “Suffering with memories” indicates that the families were grieving or mourning for the deceased. One woman said that “my husband’s soul comes to me” and she could not enjoy her memories of her husband. “Disagreement on funeral arrangements” indicates problems among family members associated with the funeral, which may have caused bad relationships. One man desired “scattering ashes” and his family had agreed, but other relatives disagreed. A grave after a funeral is a place of peace for many Japanese people and disagreement on this issue is an important factor [29]. “Regret and sense of guilt” suggests that some of the bereaved family members felt regret and guilt because they thought they had not visited the patient sufficiently or that their choice of medical treatment or place of recuperation was inappropriate. This supports the idea that people who cannot accept the past and resolve their regret are often self-critical and incapable of accepting their imperfections and limitations [30].

It is a wonder that the Bereavement Life Review is not so effective for the bereaved families in the non-effective group because they might be in the middle of the grief process and their spiritual well-being did not improve through this therapy in the present study. Thus, we need to examine their state of mind for a longer time with more interview sessions, and if this therapy is not effective even though there are many sessions, other kinds of interventions like mindfulness [31, 32], cognitive behavior therapy [33], or support group might be effective.

The limitations of the study include a relatively small number of participants and that almost all the participants had good relationships with the deceased; however, the relationships among the bereaved family members may not have always been good. These factors make it difficult to generalize the findings and further studies are needed to confirm the present results. Within these limitations, we conclude that the Bereavement Life Review is likely to be effective for bereaved families who have good memories of a deceased relative with whom they had a relatively pleasant time in the last days and who have undergone sufficient grieving and tried to reconstruct their lives.

**Acknowledgments** This study was supported by the Japan Hospice Palliative Care Foundation.

**Conflict of interest** None

## References

- Burnell GM, Burnell AL (1989) Clinical management of bereavement: a handbook for healthcare professionals. Human Sciences Press, New York
- Strobe M, Schut H, Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370:1960–1973
- Lendrum S, Syme G (1992) A practical approach to loss and bereavement counseling. Routledge, London
- Raphael B (1983) The anatomy of bereavement. Unwin Hyman, London
- Prigerson HG, Frank E, Kasl SV (1995) Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 152:22–30
- Christakis N, Allison P (2006) Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med* 354:719–730
- Wieshart ME, Beck AT (1992) Hopelessness and suicide. *Int Rev Psychiatry* 4:177–184
- Shear MK (2009) Grief and depression: treatment decisions for bereaved children and adults. *Am J Psychiatry* 166:746–748
- Reid D, Field D, Payne S et al (2006) Adult bereavement in five English hospices: types of support. *Int J Palliat Nurs* 12:430–437
- Neimeyer RA, Wogrin C (2008) Psychotherapy for complicated bereavement: a meaning-oriented approach. *Illn Crises Loss* 16:1–20
- Boelen P (2008) Cognitive behavior therapy for complicated grief. *Bereave Care* 27:27–30
- Matsushima T, Akabayashi A, Nishitateno K (2002) The current status of bereavement follow-up in hospice and palliative care in Japan. *Palliat Med* 16:151–158
- Worden JW (1988) Grief counseling and grief therapy. Tavistock/Routledge, London
- Strobe M, Schut H (1999) The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 23:197–224
- Neimeyer R, Jason H, Joseph C, Tara M (2008) Meaning reconstruction in later life: toward a cognitive constructivist approach to grief therapy. In: Gallagher-Thompson D (ed) *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. Springer, New York
- Sakaguchi Y, Tsuneto S, Takayama K, Tamura K, Ikenaga M, Kashiwagi T (2005) Tasks perceived as necessary for hospice and palliative care unit bereavement services in Japan. *J Palliat Care* 22:320–323
- Murata H, Morita T (2006) Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese task force: the first step of nationwide project. *Palliat Support Care* 4:279–285
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ et al (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24:49–58
- Ando M, Morita T, Akechi T et al (2010) Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 39(6):993–1002
- Miyashita M, Morita T, Hirai K, Uchitomi U (2007) Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090–1097
- Miyashita M, Morita T, Sato K et al (2008) Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member’s perspective. *J Pain Symptom Manage* 35:486–498
- Miyashita M, Morita T, Hirai K (2008) Evaluation of end of life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845–3852
- Noguchi W, Ono T, Morita T, Aihara O, Tsujii H, Shimozuka K, Matsushima E (2004) An investigation of reliability and validity to Japanese version of the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual (FACIT-Sp). *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 16:42–47
- Japan Information Processing Service (2003) Word Miner, version 1.1. Japan Information Processing Service, Tokyo
- Text Mining research association (2006) Word Miner case studies. Tokyo; Heiwa Jyoho Center (Published)
- Voltz R, Akabayashi A, Reese C et al (1998) End-of life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of

- patients and health-care professionals. *J Pain Symptom Manage* 16:153–162
27. Balk DE (1999) Bereavement and spiritual change. *Death Stud* 23:485–493
  28. Leighton S (2008) Bereavement therapy with adolescents: facilitating a process of spiritual growth. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 21:24–34
  29. Inami K, Ishizuka K, Shinozaki K et al (2009) A study of the middle-aged and elderly peoples's perspective toward their own graves: decision-making process as life event. *Fuji Bus Rev* 1:72–73
  30. Ingersoll-Dayton B, Krause N (2005) Self-forgiveness: a component of mental health in later life. *Res Aging* 27:267–289
  31. Kabat-Zinn J (1990) *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Dell Publishing, New York
  32. Wada K, Park J (2009) Integrating Buddhist psychology into grief counseling. *Death Stud* 33:657–683
  33. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA (2010) Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy* 3:77–93





201119032A (別刷 2/2)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

高齢がん患者の治療開始および中止における意思決定能力の評価

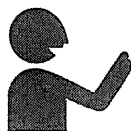
およびその支援に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書 業績集

(別刷り 2/2 冊)

研究代表者 明智 龍男

平成 24 (2012) 年 3 月



## 話 題

# 高齢がん患者において頻度の高い精神疾患とそのマネジメント\*

奥 山 徹\*\* 明 智 龍 男\*\*\*

Key Words : aged, depression, delirium, dementia, psycho-oncology

### はじめに

近年のわが国のがん患者における65歳以上の占める割合は78%, 80歳以上の占める割合は38%に及ぶ。本稿では, 3D'sと呼ばれる高齢者において頻度の高い精神疾患, すなわちうつ病(depression), せん妄(delirium), 認知症(dementia)について, がん医療というコンテクストを踏まえて概説する。また, 話題提供として, 意思決定能力障害と包括的老年期評価について取り上げる。

### うつ病

うつ病とは, 気分が落ち込んだり, 意欲や興味・関心などが低下した状態が2週間以上持続する状態をいう。うつ病は, 自殺, quality of life (QOL)の低下, 介護負担の増加, 闘病意欲の低下, 入院期間の延長など, さまざまな悪影響をもたらすが, 有効な治療方法があるため, 正しく診断し, 適切な治療を提供することが重要である。

高齢者のうつ病の頻度は7%前後とされているが, がん患者におけるうつ病, 適応障害(うつ病の診断には至らないが, 抑うつや不安のために生活に支障がある状態をいう)の頻度は, メタ解析によるとうつ病が16.5%, 適応障害が15.4%であったことが報告されている<sup>1)</sup>。また, 同研究

表1 うつ病の診断: DSM-IVによる診断基準

必須項目	付加項目
・抑うつ気分	・体重減少・増加
・興味・喜びの低下	・不眠・過眠
	・精神運動制止・焦燥
	・倦怠感
	・自責感・罪悪感
	・注意・集中力低下
	・希死念慮

必須項目を少なくとも1つと, 必須項目と付加項目をあわせて5つ以上満たす状態が2週間以上続く。また, 各症状が物質(薬物)の直接的な生理学的作用, 身体疾患によるものではない。

では, 頻度と年齢には相関は認めなかったことから, がん患者において, うつ病は年齢にかかわらず頻度が高い精神疾患であるといえる。

#### 1. うつ病の評価

うつ病の診断は, 米国精神医学会によるDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IVという診断によってなされる(表1)。

高齢がん患者のうつ病の診断は, 高齢であることと, がんという身体疾患を有していることの, 2つの理由により難しい<sup>2)</sup>。まず高齢者は, 自ら精神的側面について医療者に話したがいらないという患者自身の要因がある。また, 高齢者におけるうつ病の症状は若年者のそれと異なり, 倦怠感や全身の痛みなどの身体症状が多く, 抑うつ気分などの気分症状が前景とならないこと

\* Common mental health problems and their managements in elderly cancer patients.

\*\* Toru OKUYAMA, M.D., Ph.D. & Tatsuo AKECHI, M.D., Ph.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学[〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1]; Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya 467-8601, JAPAN

\*\*\* 名古屋市立大学病院緩和ケア部

が多い。一方、がん患者におけるうつ病は、診断項目に含まれる食欲不振、意欲低下、集中力の低下などの症状が、がんやがん治療に伴う症状との鑑別が困難であるため、適切に診断することが難しい。

日常の臨床では、普段から良好なコミュニケーションを心がけるとともに、気持ちの負担についてルーティンに尋ねて気持ちの表出の機会を作るとよい。また、器質因のはっきりしない身体的症状の訴えが多いときには、うつ病がないかを疑う。そしてうつ病を疑う場合、まず抑うつ気分、意欲・喜びの低下の有無について問う。この2問だけでも、感度91%、特異度86%で、がん患者におけるうつ病スクリーニングが可能とのメタ解析があるからである<sup>3)</sup>。そしてこれらに加え、抑うつ気分、罪悪感、希死念慮など、がんやがん治療では生じにくい症状がある場合、より積極的にうつ病を疑うとよい。

なお評価においては、以下の2点も重要である。1点目は認知症やせん妄をルールアウトすることである。これらの精神疾患に抑うつ症状が併存することがままあるが、もし認知症が基礎があればそれを踏まえた対処が必要となるし、もしせん妄があるならせん妄への対処を優先する。2点目は精神症状のみならず患者をつらくさせている原因について、身体的(がんによる痛みなど)、心理社会的側面(再発への不安、経済的問題など)にわたって包括的に評価することであり、これらもケアを考える上で有用な情報となる。

## 2. うつ病マネジメント

うつ病のマネージメントとしては、①気持ちをたくらさせている要因の除去、②主治医としてサポートの提供、③薬物療法、などを組み合わせて提供する。

要因の除去としては、たとえば痛みがあればそのコントロール、独居で生活の維持が困難であれば介護サービスの導入などを行う。サポートの提供としては、主治医として患者の話に耳を傾け、患者の苦痛に理解を示すこと、最善の治療を提供することを約束することなどを行う。

薬物療法としては、軽症うつ病に対しては抗不安薬であるアルプラゾラムを第一選択とする(例：アルプラゾラム1錠2×朝夕など)。軽症

うつ病に対する有用性が示されていること、抗うつ薬よりも副作用が少ないなどの理由からであるが、高齢者では眠気や転倒、また、身体的に重篤な状態であればせん妄を生じることもあるので、少量から開始し、副作用のモニタリングを行うようにする。

アルプラゾラムで効果を認めない場合、抗うつ薬の使用を検討する。高齢者のうつ病に対する抗うつ薬の効果を検討したメタ解析によると、セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)と三環系抗うつ薬はともに有用であるものの、SSRIの方が副作用や忍容性は良好であったと報告されている<sup>4)</sup>ことから、SSRIを少量から開始(例：セルトラリン25mg錠1錠1×夕食後)などとする。なおSSRIの副作用として、嘔気、頭痛などが開始直後に出現することがあるが連用によって耐性ができることが多いので、開始時に十分に説明を行うことがアドヒアランスを高めるコツである。

なお、抗うつ薬を使用してもうつが改善しない場合、希死念慮がある場合などは専門家へのコンサルトを検討する。

## せん妄

せん妄とは、身体的異常や薬物の使用を原因として軽度の意識混濁をきたし、そのために失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想や気分変動などのさまざまな精神症状を呈する特殊な意識障害をいう。

せん妄はそれ自体が患者に苦痛をもたらすが、その他にも家族とのコミュニケーションの障害となったり、自律的な意思決定の妨げとなったり、ケアを提供する家族や医療スタッフの疲弊をひき起こすなど、さまざまな悪影響をもたらす。また、せん妄がさまざまな医療アクシデント・インシデント、特に転倒や点滴などの医療留置物の抜去などの事故の原因となったり、入院期間の長期化にも関連することが指摘されている。

がん患者における頻度はその対象などによって頻度に差があるが、高齢者や進行がんであるほどその頻度は高く、緩和ケア病棟入院時には30~40%、死亡直前では8~90%に生じるとの報

表2 セン妄のスクリーニング: Confusion Assessment Method

- |                |
|----------------|
| A. 急性発症と症状の動揺性 |
| B. 注意力の欠如      |
| C. 思考の混乱       |
| D. 意識レベルの変化    |

AおよびBが必須であり、かつCまたはDを満たせばせん妄を疑う。

告がある。

せん妄治療の原則は①的確な評価、②せん妄を惹起する要因の同定と除去、③抗精神病薬による薬物療法の3つの柱からなる。

### 1. セン妄の評価

精神医学的にはDSM-IV診断基準にのっとり行うが、がん医療の専門家においては、臨床的に観察しやすい項目から構成されているという点でConfusion Assessment Methodの方が使いやすい(表2)。

一般的に、幻覚妄想や失見当識がせん妄に特徴的と考えられやすいが、必ずしもそのような症状が出現するわけではない。むしろ、不眠や注意集中力低下といった症状の方が頻度は高く、初期症状であることも多いことから、これらの症状があればまずせん妄を疑うべきである。

なお、せん妄においては多彩な精神症状が生じるが、その本態は意識障害であることから、認知機能障害の評価が重要な情報となる。診察においては注意集中力の低下、記憶力障害といった問題がないかを確認したり、会話の受け答えはしっかり成立するか、留置物に配慮ができていかなどを観察したりすることが重要となる。また、評価尺度としてはMini Mental Status Examination (MMSE)などがある。ただし、患者によっては失見当識を尋ねる質問などで不快感を感じる場合もあるので、その目的を説明するなど、十分な配慮を行う。

### 2. セン妄を惹起する要因の同定と除去

準備因子、促進因子、直接要因に分けて考える。準備因子とは、せん妄の本態である脳機能低下をきたしやすい個人特性をいい、たとえば、高齢であること、認知症などがあげられる。促進因子とは、それによって発症することはない(直接要因ではない)が、ひとたび発症したせん

妄を促進・重篤化・遷延化する要因を指す。たとえば環境変化、感覚遮断、痛みなどの身体症状などがある。直接要因とは、実際にせん妄をひき起こしうる要因であり、意識障害をきたしうる身体的異常はすべて直接要因になりうる。

### 3. セン妄のマネージメント

その第一歩は取り除ける直接要因や促進因子を除去することである。たとえば眠剤を抗精神病薬に変更したり、高カルシウム血症に対してビスフォスフォネート製剤を用いたりするなどがそれに相当する。また、痛みなどがあれば、そのコントロールを行う。

しかし多くの場合、これらに併せて薬物療法が必要となる。薬物としては抗精神病薬を使用する<sup>5)</sup>が、その使用法はオピオイド処方時の滴定と同様、頓用を使用しながら定時処方量を調整する。症状が軽度であったり、間欠的である場合は、まずはごく少量を頓用指示とし、1時間以上あけて3回程度まで使用可とする(例:リスペリドン液0.5mg 1×頓用など)。数日の経過の中で症状コントロールのために1日あたりに必要な薬量を頓用の使用量から推測し、今度はその量を就寝前に定時で使用する。また、同等量を頓用として数日経過観察を行い、同様のプロセスを繰り返して滴定を行う。

また看護ケアとしては、危険物を除去するなど安全を確保する、日中の刺激を増やす、ケアかかわりの中でオリエンテーションを行う、時計やカレンダーなどオリエンテーションの手がかりを用意する、などといった対応を行う。なお、留置物抜去を防ぐなどの目的で拘束が行われることがあるが、それ自体が患者に強い精神的苦痛をもたらすこと、静脈血栓や骨折などの有害事象が生じることから、他の対処方法の可能性を十分に検討し、なるべく回避することが望ましい。

なお、せん妄は家族に大きな精神的負担をもたらす。また、家族にとってはせん妄という状態が理解しにくい状態であるため、認知症になったと心配したり、患者の言動にどのように対応したらよいか逡巡することも多い。よって認知症とは異なること、身体的状態などを背景とした症状であること、原因を除去することができ

れば回復が期待できることなどについて説明したり、接し方について相談にのるなど、家族のサポートも心がけるようにしたい。

## 認知症

認知症とは、記憶の障害やその他の認知機能障害が出現し、社会生活などに大きな支障をきたす状態をいう。判断能力、計算、言語などの認知機能障害を中核症状という。また、病状の進行に伴い幻覚妄想、徘徊、興奮、抑うつなどさまざまな精神行動的異常を呈することがあるが、これらを周辺症状と呼ぶ。

がん罹患以前に認知症があった場合、がんの診断が遅れるということが報告されている。また、がん診断時に認知症がある場合、一部のがん種においては、がんによる死亡率もがん以外の理由による死亡率も、診断時の病期を補正してもなお有意に上昇するとされている<sup>6)</sup>。検査や治療の必要性が理解できないために、協力できなかつたり、それらを侵襲的に感じて苦痛を感じることもある。セルフケアや意思決定ができないという問題も生じる。

一般市民において、65歳以上の6~10%、80歳以上の25~48%がなんらかの認知機能障害を有していることが報告されている。がん患者における認知症の頻度に関する報告はないが、がんも認知症も高齢者に多いことから、その頻度は今後ますます高まるものと考えられる。

### 1. 認知症の評価

がん医療においては、認知症の細かい診断はさておき、①認知機能障害の有無を評価する、②認知機能障害をきたす可逆的原因をルールアウトする、という2点が重要となる。

認知機能障害の評価としては、せん妄のときと同様、MMSEを行う。23点以下であれば、認知機能障害の存在を疑う。ただし、MMSEだけではせん妄との鑑別はできないことに注意が必要である。

認知機能障害をきたす可逆的原因としては、特に高齢がん患者で頻度が高いものとしては、せん妄と脳転移がある。せん妄と認知症の鑑別点について、表3にまとめた。一時点の診察では鑑別ができないことも多いので、入院直後で

表3 せん妄と認知症の鑑別点

	せん妄	認知症
発症様式	急性、亜急性	慢性
経過	一過性	持続性
意識	混濁	正常
症状日内変動	あり(夜間増悪)	目立たない
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない
身体的原因	あり	なし

あれば家族から自宅での様子について聞く、入院中であれば夜間の状態について看護師から情報を得るなど、さまざまな情報を加味して判断する。脳転移のスクリーニングとしては、必要に応じて頭部MRIなどの精査を行う。

### 2. 認知症のマネージメント

中核症状あるいは周辺症状への薬物療法、それらの症状によって生じるがん医療上の問題、たとえばアドヒアランスや意思決定の問題への対処などが考えられる。

認知症の中核症状については、軽度から中等度のアルツハイマー型認知症であれば薬物療法の適応がある。しかし、中核症状によってがん医療上の問題が生じているような場合、薬物療法によって認知機能障害が改善し、問題が解消するといった目覚しい効果は期待しにくい。

周辺症状、特に易怒性や幻覚妄想に対しては、従来抗精神病薬が用いられてきた。しかし近年、リスペリドンやオランザピンといった薬物がこれらの症状改善に有用である一方、死亡率上昇や心血管イベントなどの重篤な副作用をもたらすとの報告が相次いでいる<sup>7)</sup>。また、セルトラリンやトラゾドンといった抗うつ薬を用いることもあるが、これらは忍容性は高いものの、抗精神病薬と比較して効果は乏しいとされている。いずれにせよ、高齢者に向精神薬を処方する場合はリスクベネフィットのバランスを考慮することが必要であり、ご家族や代諾者がいる場合には、十分な説明を行い、ともに意思決定を行った方がよい。

なお、認知症にうつ病やせん妄を合併することも多いが、このような病態への対応は習熟を要するため、可能であれば精神科や心療内科にコンサルトを行った方がよい。

## 意思決定能力障害

がん治療においてはインフォームドコンセントの概念が浸透しており、治療を行うにあたっては、病状などを含めた情報公開の上での患者本人による意思決定が不可欠となってきている。このような決定プロセスは患者が十分な意志決定能力を有することが前提となる。意思決定能力とは、選択を表明する能力、意思決定に必要な重要な情報を理解する能力、自らの現在の状況と選択による将来の帰結を認識する能力、情報を元に論理的に選択肢を比較考察する能力などの要素で構成される<sup>9)</sup>。上述のように高齢がん患者においては、せん妄や認知症といった認知機能障害をきたす精神疾患の頻度が高いことから、患者が十分な意思決定能力を有していない場合も多い。高齢がん患者において治療に関する意思決定能力障害の頻度を系統的に評価した研究はなされていないが、急性期内科病棟入院患者における調査では、面接調査を施行できた患者の31%に障害があり、重篤な認知機能障害や意識障害で面接困難であった患者も含めると40%で障害があったという<sup>9)</sup>。また、高齢と認知機能障害があることが意思決定能力障害の関連要因であったことから、高齢がん患者における意思決定能力障害の頻度も低くないことが示唆される。

意思決定能力障害を疑う場合、説明後に理解を確認するなどして、上述の意思決定能力を構成する各要素の評価を行うが、それには一定以上の経験を要するため、もしそれが臨床的な問題であれば精神科への依頼も検討する。

意思決定能力に障害があると考えられた場合、まずはせん妄のような除去可能な原因がないかどうかを探索し、あればそれへの対応を行う。その上でなお意思決定能力が障害されていると判断される場合、その障害に合わせた対応策を模索することとなる。多くの場合、家族を代諾者とすることが多いが、超高齢化社会となる中で身寄りのない高齢者も多く、時として倫理的な問題をはらむことから第三者的な代理人が必要となることもある。

意思決定能力障害についてはまだその概念も

十分に普及しているとはいえ、評価についても対応についても十分な知見がないのが実際である。意思決定能力の簡便な評価方法の開発、意思決定能力障害時のガイドラインなどの開発が急務となっている。

## 包括的老年期評価

上述のように、高齢がん患者にはさまざまな精神症状が生じうる。しかし高齢者の脆弱性は、精神的側面のみによらず、身体的側面、社会的側面など、さまざまな問題が複合的に関連したものであることが多い。

そこで、高齢者のさまざまな側面を多次的に評価するプロセスである老年期包括的評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)を抗がん治療の開始前などに行い、その評価に基づいて治療計画や長期療養計画を作成することの重要性が認識されるようになってきている。具体的な評価内容としては、身体的側面として日常生活活動(食事、更衣、排泄、入浴など)、手段的生活活動(移動、買い物、金銭管理など)、合併症、栄養状態など、精神的側面としては、認知症やせん妄などの認知機能障害、抑うつなど、社会的側面としては生活状況、保険、ソーシャルサポートが含まれる。

がん医療において、外来患者に対してCGAをベースに多次的介入を行うことが患者の生命予後や身体機能を改善することや、CGAが予後予測に有用であることなど、CGAの有用性を示唆する報告がなされるようになってきている<sup>10)</sup>。これらの知見の集積を受けて、米国National Comprehensive Cancer Network(NCCN)やEuropean Organisation of Research and Treatment of Cancer(EORTC)などのガイドラインにおいては、高齢がん患者に対してCGAを施行することを推奨している。

このように、高齢がん患者における精神症状評価は、がん治療開始時の包括的評価の重要な一部と考えられるようになっており、今後CGAが普及していく中で、ルーティンに行われるべき要素の一つであることを強調したい。

## おわりに

高齢がん患者における精神症状のサポートについて概説した。精神症状に限らず、高齢者は複数の問題を抱えた複雑な状態にあることが多く、現実的には対処が難しい場合も多い。CGAのような枠組みで問題や機能障害を全人的に評価し、多次元的なケアを提供することが必要である。

## 文 献

- 1) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011 ; 12 : 160.
- 2) Weinberger MI, Roth AJ, Nelson CJ. Untangling the complexities of depression diagnosis in older cancer patients. *Oncologist* 2009 ; 14 : 60.
- 3) Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer* 2008 ; 98 : 1934.
- 4) Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; (1) : CD003491.
- 5) Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009 ; 10 : 164.
- 6) Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer : implications for cancer care. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2033.
- 7) Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; (1) : CD003476.
- 8) Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988 ; 319 : 1635.
- 9) Raymont V, Bingley W, Buchanan A, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors : cross-sectional study. *Lancet* 2004 ; 364 : 1421.
- 10) Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 1824.

\* \* \*



## 患者・家族の相談に応える

# がん診療 サポートガイド

がん診療では  
何をすべきかわからない  
と悩む方が増えています  
そんなときに読んでください

乳がんとは何種類もの病気の種類を  
教えてください。

先日の  
手術で  
ありがとうございました  
ですがど  
うして

腫瘍科がんの初発がん  
どのよう  
なものがあ  
るのかを  
教えてください

転移のある腎がん患者さんの  
基本的な治療  
教えてください

どの  
よう  
な

悪性リンパ腫の約20%を占める非 Hodgkin 型  
リンパ腫は、現在の臨床病理学的分類（WHO  
分類）ではさらに細分化さ  
れた病型によ

子どものがんでは手術せずに  
長期生存

胃の腫瘍の手術を受けたら  
どうだったと

濾胞性リンパ腫の初発は、  
いつ治療開始するのでしょうか？  
また再発した場合の治療や  
教えてください

腎臓と診断され、  
片方の腎臓を摘出する  
必要があるといわれました  
腎臓が1つになること  
ことはないのでしょうか

腫瘍科がんには  
さまざまな  
病型があり、  
その病型と  
治療法は  
異なります。

ホジキンリンパ腫の  
再発例に対して、  
治療はどうか。

腎臓がんに対する  
術後補助化学療法

南山堂



# かかりつけ医が理解すべき がん患者のこころの変化

—診断から終末期まで—

明智龍男

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学 准教授

はじめに

がんとこころの関係を扱う医療、医学の領域をサイコオンコロジー（精神腫瘍学）という。サイコオンコロジーは従来ともすると軽視されがちであった「がんがこころに与える影響」と「こころや行動ががんの罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として生

まれた新しい学問である。欧米では、がん告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった。

本稿では、サイコオンコロジーの観点から、なかでもプライマリ・ケアの領域で有用ながん患者の精神症状に関する知見を中心に概説する。

## I がん患者に頻度の高い精神症状

先行研究の結果から、がん患者のおおむね半数には何らかの精神医学的診断が認められ、がんの病期にかかわらず臨床的に問題となることの多い精神症状は、適応障害、うつ病、せん妄であり、終末期になるに従いせん妄の相対的な割合が増加することが示されている（図1）。これらががん患者にみられる精神症状は、患者自身に苦痛をもたらす頻度が高い症状であるのみならず、QOLの全般的低下、抗がん治療に対するアドヒアランス、

家族の精神的負担の増大など、多岐にわたる問題に影響を与え得ることが明らかにされている。したがって、かかりつけ医がまず理解すべき病態も前述した3疾患である。

### 1 適応障害

#### a. 適応障害とは

適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす（仕事や家事が手につかない、眠れないなど）ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である（表1）<sup>1)</sup>。

#### b. 治療

適応障害の治療はおおむね精神療法と薬物療法に大別されるが、とりわけ精神療法は不可欠であり、必要に応じて薬物療法を併用する方法が一般的である。また、がん患者においては、医療スタッフからの心理的な援助の有無が、その精神的な適

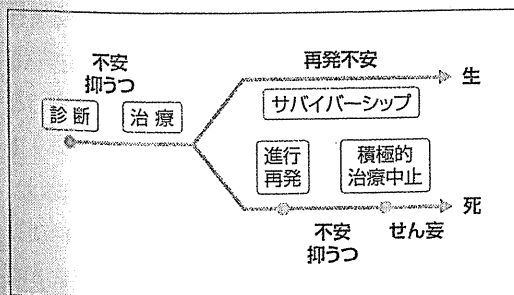


図1 がんの経過と精神症状

表1 適応障害の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状(例)
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現。	がんの再発の診断告知を受けながら、気分が沈み、些細なことでも涙が出てしまい、夜も眠れない状態が持続している。
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。 ①そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛 ②社会的または職業的機能の著しい障害	最近は何事にも集中できず、気持ちは焦るばかりで、食事の準備など家事をすることも支障がある。
ストレス関連性障害はほかの特定の精神障害の基準を満たしていないし、すでに存在している障害の単なる悪化でもない。	うつ病、不安障害等、ほかの精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

応を大きく左右する要因であることが示されており、医療スタッフが患者の精神状態をよく理解し、医療チームとして患者を支えていく体制を整えることが重要である。また、背景に適切にコントロールされていない身体症状(とくに痛み)や家族の問題などが存在することも少なくないため、常に包括的なケアの提供を念頭におく必要がある。

精神療法のなかでも最も一般的で、そして有用なのが支持的療法である。支持的療法は、がんに伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした情緒的苦痛を支持的な医療者との関係、コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。その基本は、患者の感情表出を促し、語られる患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。これらの面接を通して、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると患者に言語的あるいは非言語的に伝えることが治療的に働く。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療者に接することはがん患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。また、患者が抱える問題を言葉にして語るだけで、患者自身の内面で問題の整理がすすみ、その結果、

精神的な負担が和らぐこともまれではない。

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分であるときや患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。抑うつ、不安など顕在化している精神症状や患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、抗うつ効果も期待でき、また半減期の短い抗不安薬アルプラゾラム(ソラナックス<sup>®</sup>、コンスタン<sup>®</sup>)から投与されることが実際的である。たとえば、ソラナックスを0.4~0.8mg/日程度の少量から開始し、適宜増減するが、多くの場合、精神科一般診療で用いられる通常使用量に比べ、少量でも有用であることが多い。ソラナックス<sup>®</sup>で効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気やふらつきといった有害事象の出現などの状態をきめ細かく観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

## 2 うつ病

### a. うつ病とは

がんの場合、うつ病はさまざまな喪失体験(がんになって健康、仕事、役割、将来の計画を失ってしまうなど)に関連して生じることの多い精神疾患である。うつ病の場合、不安が主体の疾患とは異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている<sup>2)</sup>。目立たない反面、うつ状態に苛まれている患者は、内面的に苦悩していることが多く、看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある。とくに、明確な希死念慮を有するよううつ病に対する適切な対応は、自殺の予防に加え、患者のQOLを維持し、治療に良好に取り組むことを援助するうえできわめて重要である。表2にうつ病の診断基準を示した<sup>1)</sup>。

表:  
以:  
こ:  
①:  
②:  
③:  
④:  
⑤:  
⑥:  
⑦:  
⑧:  
⑨:  
⑩:  
臨:  
物:  
b.  
う:  
な:  
さ:  
さ:  
す:  
の:  
て:  
つ:  
う:  
与:  
(  
体:  
併:  
な:  
し:  
う:  
レ:  
カ:  
前:  
ス:  
レ:

表2 うつ病の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	
以下の症状のうち、①あるいは②を必須とし、全部で5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している。	
①抑うつ気分	気分が沈んで、いつもすぐれない。
②興味・喜びの低下	何をしても楽しくない、興味がもてない。
③食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲がでない、何を食べてもおいしくない。
④不眠(過眠)	夜眠れない、寝つけても途中で目が覚めてしまう。
⑤焦燥・制止	いらいらしてじっとしてられない、何かをしようと思ってもブレーキがかかったように身体が思うように動かない。
⑥易疲労性・気力減退	疲れやすい、だるい、気力がでない。
⑦罪責感・無価値観	まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと過度に感じてしまう。
⑧思考・集中力低下	物事に集中できない、決断できない。
⑨希死念慮	死にたい、早く逝ってしまいたい。
臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能障害の存在 物質や一般身体疾患によるものではない	

b. 治療

うつ病に対しては精神療法(前項参照。なお、うつ病に対しては支持的精神療法に加え、特異的な精神療法として認知行動療法などの有用性が示されている)に加えて、おおむね薬物療法も併用されることが多い。以下、薬物療法を中心に概説する。

複数の無作為化比較試験の結果から、がん患者のうつ病に対しても、抗うつ薬の有用性が示されている。しかし現時点においては、がん患者のうつ病に特定の抗うつ薬が有用性のうえで優るといふエビデンスは存在しないため、一般的には、投与経路(経口投与が可能か否か)、患者の身体状態(とくに現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握)、推定予後(週単位か、月単位か)、併用薬剤(相互作用を有する薬物が使用されていないか)、抗うつ薬の有害事象プロフィール(無用な身体的負荷を避けるため)などを総合的に判断して、薬剤選択を行う。予後が限られた状況など、うつ病の完全な治癒を望むことが現実的には難しいと考えられる場合であれば、うつ病の症状のなかでも標的症状を定めて、部分的ではあっても可能な限りの症状緩和を行うことが重要である。

薬物療法の実際としては、抗不安薬ソラナックス<sup>®</sup>または抗うつ薬から治療を開始することが多い。より具体的には、うつ病でも軽症のものや反

応性のものでは、抗うつ作用を有する抗不安薬であるソラナックス<sup>®</sup>から開始し、中等症～重症例に対しては、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)から投与することが実際的である。抗不安薬の投与の際と同様、いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し、状態をみながら漸増していく。

3 せん妄

a. せん妄とは

せん妄は、軽度ないし中等度の意識混濁に興奮、錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う特殊な意識障害であり、ストレス反応性の疾患ではないことを覚えておきたい。実地医療の現場では、興奮、焦燥、幻覚・妄想、治療アドヒアランスの低下や拒否(点滴を自己抜去したりするなど)、睡眠覚醒リズムの障害(昼夜逆転)などで臨床的に顕在化することが多い。

b. せん妄の診断

せん妄の定型例では、比較的急性に症状が出現し、症状の日内変動(とくに夜間症状が増悪)、注意集中困難などが特徴的である。興奮や焦燥が目立たない不活発なタイプ(活動低下型せん妄)も存在し、これらは抑うつ状態など心理的問題と誤診されることもまれではなく注意が必要である。表3

表3 せん妄の診断基準(アメリカ精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中, 維持, 転換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).	質問に対して集中できない. 前の質問に対して同じ答えをする. 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうとしてしまう.
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.	最近の記憶が曖昧である. 新しいことをすぐに忘れてしまう. 時間と場所に関する見当識を失っている. 錯覚(壁のシミをみて「虫がいる」という), 幻視をはじめとした幻覚(人がいない場所に「人がいる」という)の存在.
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.	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には点滴を自己抜針したり, ベッドから勝手に降りようとしていたりする.
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.	背景に原因となる身体状態や薬剤(オピオイド, 抗不安薬・睡眠薬, ステロイドなど)の使用などがある.

表4 がん患者のせん妄の発現要因

	要因	具体例
準備因子 (脳機能低下を起こしやすい状態)	年齢 脳の器質的病変の存在 認知機能障害	高齢(とくに70歳以上) 脳血管障害の既往 認知症
誘発因子 (発症を促進・重篤化・遷延化する要因)	環境の変化 感覚遮断 睡眠・覚醒リズムの障害 可動制限 不快な身体症状	環境要因(騒音など) 暗闇, 視力・聴力障害(眼鏡や補聴器の不使用) 夜間の処置 身体抑制, 強制臥床 痛み, 呼吸困難, 便秘, 排尿障害・尿閉
直接原因 (せん妄そのものの原因)	腫瘍による直接効果 臓器不全による代謝性脳症 電解質異常 治療の副作用 薬剤性  感染症 血液学的異常 栄養障害 腫瘍随伴症候群	脳転移, 髄膜播種 肝臓, 腎臓, 肺, 甲状腺などの障害 高カルシウム血症, 低ナトリウム血症 手術, 化学療法, 放射線療法 オピオイド類, 抗うつ薬, ベンゾジアゼピン系薬剤(抗不安薬, 睡眠薬), 抗コリン性薬剤, ステロイド 肺炎, 敗血症 貧血 全身性栄養障害(低タンパク血症) 遠隔効果, ホルモン産性腫瘍

にせん妄の診断基準を示した<sup>1)</sup>.

前述したようにせん妄はがんの終末期, なかでも入院を要するような身体状態の際に頻度が高くなるため, かかりつけ医がせん妄状態の患者のマネジメントに中心的な役割を果たすことは少ないと思われる. 一方, 進行がん患者の経過観察中にせん妄が発現した際などは, 背景に病状の進行が想定されることも少なくないため, かかりつけ医が, せん妄の診断に習熟し, 適宜, がん専門医と速やかに連携できるシステムが構築されると在宅で療養する患者, 家族にとって大きな援助となる.

### C. がん患者のせん妄の原因

せん妄の発生要因は, もともと存在する準備因子(高齢などせん妄の本態である脳機能の低下を起こしやすい状態), 誘発因子(環境の変化や不快

な身体症状などせん妄の発症を促進, 重篤化あるいは遷延化する要因)と直接原因に分けて考えると理解しやすい(表4). 進行・終末期のがん患者にせん妄が生じた場合は, 3~4つの複数の要因が原因となっていることが多い<sup>3)</sup>.

### d. 治療

#### 1) 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は, 原因の同定とそれに対する治療である<sup>4)</sup>. したがって, 理学的所見, 検査所見, 投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し, 身体的原因の治療, 原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある. 進行・終末期のがん患者にみられるせん妄の場合, 原因のなかでも, 薬剤性のものと高カルシウム血症によるものは原因への対応により, 可

逆性が  
下が原  
はオヒ  
まで  
うこと  
2)環  
せん  
目的と  
なレ  
入の  
として  
として  
る。人  
困で  
る行動  
(歪ん  
落や  
め、  
らの  
おわ  
が、  
害、  
は遅  
ん対  
コロ:

1) 高  
2) Pe  
16  
3) Le  
M  
4) P1  
1:  
5) A  
39