

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

これらの臨床・研究の成果を踏まえ、がんに関連する心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標にして、米国のNCCN (National Comprehensive Cancer Network) は心理・社会的問題を「Distress (つらさ)」として包括し、評価と治療のガイドラインを作成しています²⁾。

3. がん患者への支援

a. コミュニケーション

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

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

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

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

b. 精神症状への対応

1) 抑うつ状態

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

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

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

a) 抑うつ状態が一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

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

b) QOLの低下を招くこと

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

c) 器質的な原因が重畳すること

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

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

d) 疼痛との関連

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

e) 自殺

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

f) 高齢がん患者の抑うつ状態

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

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

2) スクリーニング

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

3) 抑うつ状態への対応

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

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

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

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

4) 今後に向けての課題

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

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

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

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

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

〈身体科におけるうつスクリーニング検査&研修・臨床研究ソフト〉

身体疾患患者精神の支援ストラテジー

2013 年 4 月 30 日初版発行

定 価: 200,000 円 + 税

企 画: 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL.042-341-2711 FAX.042-344-6745

総 監 修: 樋口輝彦 (独) 国立精神・神経医療研究センター総長)

編 集: 村松公美子 (新潟医歯大学大学院臨床心理学研究科、
(独) 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 (独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会精神保健研究部部長)

制作・発行: NOVA 出版

〒151-0053 東京都渋谷区代々木 3-31-12 代々木ハイツ 505
TEL.03-3375-2507 FAX.03-3370-7958

©NCNP, NOVA 出版 2013

ISBN978-4-905441-02-1 C0047 ¥200000E

PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) 日本語版 (2013 NCNP 版)

監修 (2013) 村松公美子・伊藤弘人: 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部

出典: Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports 101: 952-960, 2007.

PHQ-2 日本語版 (2013 NCNP 版) の無断複写、転載、改変を禁じます。

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) 日本語版 (2013 NCNP 版)

監修 (2013) 村松公美子・伊藤弘人: 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部

出典: Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports 101: 952-960, 2007.

村松公美子, 上島国利, プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール:

Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」診断と治療, 2009, 97, 1465-1473, 2009.

PHQ-9 日本語版 (2013 NCNP 版) の無断複写、転載、改変を禁じます。

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

3 入院患者の不眠に注意 ～不眠とせん妄の鑑別

Point

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

1 入院中の不眠をどのように考えるか

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

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

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

次にあげられるのが薬剤性の不眠です。薬剤性の不眠には、中枢性覚醒

表1 ●入院患者における不眠のアセスメントのポイント

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

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

入院患者における不眠のアセスメントのポイントを表1にまとめました。

2 セン妄の見落としに注意

入院患者の不眠への対応を考えるうえで最も問題となるのは、せん妄の見落としによる不適切な睡眠薬の使用です。

不眠とせん妄は身体治療の場面では表と裏のように常について回ります。どちらも患者のQOLを著しく落とすために確実な対応が必要です。

せん妄は、脳の器質的な脆弱性のうえに、脱水や感染、薬物などの身体負荷が加わったために、脳活動が破綻した状態です。

せん妄の診断基準

- A) 注意を集中し、維持し、転動する能力の低下を伴う意識の障害
- B) 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
- C) 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

〈米国精神医学会診断基準 DSM-IV-TRより〉

せん妄が生じると、点滴抜去や転倒・転落など医療安全上の問題がよく取り上げられますが、一番の問題は、患者とコミュニケーションがとれなくなることです。その結果、

- ①患者の意向に沿った治療ができなくなる
- ②患者の自覚症状が得られなくなり、病状変化の早期発見・早期対応が困難になり転帰が悪化する

ということが生じます。

せん妄というと、一般には術後せん妄を思い浮かべるかもしれませんが、たしかに術後患者の50%にせん妄が出現します。しかし、一般病棟においても入院患者の約30%にせん妄が合併しています。そのうちの60%が見落とされていると言われていています。せん妄がどうして見落とされるのかというと、せん妄の中核症状である睡眠覚醒リズムの障害（いわゆる昼夜逆転）と注意力障害が見落とされるからです。

せん妄のイメージとして幻視や妄想、興奮といった目に見える症状はわ

表2 ●せん妄の症候と出現頻度

精神症状	%	認知症状	%
睡眠覚醒リズムの障害	97	見当識障害	76
幻視・知覚障害	50	注意力障害	97
妄想	31	記憶障害（短期）	88
気分の障害	53	記憶障害（長期）	89
言語障害	57	空間認知障害	87
思考障害	54		
焦燥	62		
制止	62		

文献4より

かりやすいし、「おかしい」と気づきやすいかもしれませんが、そのような目につく症状の出現頻度はいずれも50%程度しかありません（表2）³⁾。その結果、昼夜の区別なく注意力の低下した低活動性せん妄が見落とされてしまいます（あなたの病棟にも、昼もカーテンを引いて寝ているお年寄りはいないだろうか？）。

確実にせん妄を見つけ対応するためには、せん妄の中核症状である睡眠覚醒リズムの障害と注意力障害に注意をしなければなりません（表3）³⁾。

ここで1つ症例を紹介しよう。

症例 1 66歳 男性

肺腺がんに対する化学療法中の方が発熱と食欲不振のために入院となった。入院してから、「外が暗くなってくると怖くなる」という。受け持ち看護師からも「日中はよく休んでいるけれども、夜になると不安になるようでそわそわとしている。眠れないようだから、何か睡眠薬でも出してもらえないだろうか」と相談があったので、とりあえずゾルピデム（マイスリー[®]）10 mg/日を出して様子を見ることにした。

その晩、病棟から「患者さんが落ち着かない。立ち上がっては転倒し、点滴を抜いて興奮しているので何とかしてほしい」とコールが入った。

この症例では、「日中はよく寝ていて、夜になってそわそわとしている」という点で睡眠覚醒リズムが乱れていること、そわそわと落ち着きがない

表3 不眠とせん妄の比較

	不眠	せん妄
睡眠覚醒リズムの障害	なし	昼夜逆転
症状の動揺	なし	あり (一日のなかでも症状のひどいとき、軽いときがある、一般に夜になると増悪する)
注意力障害	なし	あり (臨床では会話に突然脈絡のない話題が入る、会話が迂遠になりまとまりが悪くなることで気付かれる)
見当識障害	なし	あり (日付や場所、時間がわからなくなる)
記憶障害	なし	あり (数分前のことを覚えていない)
知覚障害	なし	幻視・錯覚
感情の障害	なし	抑うつ状態や躁状態を呈することがある
意欲・行動の障害	なし	あり (亢進して激しく動いたり、逆に発動性が低下することがある)

点で外界の状況を把握できないでいる注意力障害を疑う必要がありました。この時点でせん妄を疑い対応を開始する必要があったのですが、せん妄を見落とし、「不安がっている」との心理的な解釈をして不眠症と誤診をしました。さらに、せん妄のリスクになる超短時間作用型睡眠薬を指示し、結果としてせん妄を増悪させてしまった、ということになります。

3 不眠とせん妄を鑑別する目をもとう

不眠とせん妄を見極めるためには

- ・ 昼夜逆転がないかを確認する
- ・ 注意力障害の有無を必ず確認する

※簡単にできる方法：患者さんと会話をする。話題が脈絡なく飛ぶ場合や直前の話題を忘れていたことがあれば、注意力障害を積極

的に疑い、せん妄のスクリーニング（見当識の確認、シリアル7*による注意力の確認など）を行う

という、基本を押さえることが何よりも重要です。

参考文献

- 1) 奥山 徹：不眠、『緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門』（小川朝生/監，内富庸介/編），p100-115，医薬ジャーナル社，2009 ⇒身体疾患治療中の不眠に関連したアセスメントのしかたについてまとめている。
- 2) Ewing JA : Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA, 252 : 1905-1907, 1984
- 3) 小川朝生：せん妄，『緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門』（小川朝生/監，内富庸介/編），p120-139，医薬ジャーナル社，2009
- 4) Meagher DJ, et al : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using stadardised measures. Br J Psychiatry, 190 : 135-141, 2007

〈小川朝生〉

*100から7を連続的に引いて答えてもらう検査。注意が維持できるかどうかを判断するのに有用

1 せん妄を発症する疑いがある場合

症例

70代 男性

肝がんの局所再発に対して、ラジオ波焼灼療法目的で入院した。自宅では身の回りのこと、金銭管理、買い物も自分でこなしているが、外来受診日をときどき間違えて別の日に受診をしたり、診察券を忘れることがあった。外来で説明したことを忘れて内服を間違えることもあった。前回、ラジオ波焼灼療法目的で入院をした際には、術後にせん妄となり、夜間に興奮したエピソードがあった。

治療内容の説明に訪床したところ、患者から「このところ寝付きがよくない。入院して枕が変わると全然眠れなくなるので、眠り薬を出してほしい」と依頼があった。

対応のポイント

高齢者の入院が増えるにつれて、不眠への対応を求められる機会も増えてきたのではないのでしょうか。「眠れない」ので睡眠薬を処方したらせん妄になってしまった。このような薬剤が関係した医原性のせん妄の発症頻度は高く、施設内のせん妄の3割程度を占めると想定されています。特にベンゾジアゼピン系抗不安薬と睡眠薬はリスク因子としてあがる代表的な薬剤です。

臨床において一番迷うのが、認知症の診断まではいかない軽い認知機能障害が疑われるような場合、せん妄のリスクをどのように評価し、どのように対応をするか、という判断です。

この症例のように対応に迷う場合、まず考えるのはせん妄発症のリスク評価です。入院・入所においてせん妄を発症するリスクとしてあげられる

項目には、

- ①高齢（70歳以上）
- ②認知症
- ③脳器質疾患の既往（神経変性疾患、脳梗塞）
- ④運動機能障害
- ⑤多剤併用
- ⑥過去のせん妄の既往

など数多く指摘されています。そのうち、最も入院後のせん妄を予測する因子として強いのは、「過去のせん妄の既往」です。

その観点をもって、今回の症例をみますと、前回の焼灼療法時にせん妄を発症しています。さらに、70代であり、認知症の診断はついてはいないものの、「診察券を忘れる」「受診日を忘れる」など軽度の認知障害あるいは初期の認知症を疑うエピソードが既にとられています。今回も同様に焼灼療法後にせん妄を発症するリスクは高いとみなせます。

せん妄のリスクが高い場合、効果的な予防方法はまだ確立してはいませんが、いくつかの研究から、抗精神病薬の予防的な投薬により重症化を防げる可能性が示唆されています。臨床判断としては、患者への説明の後、睡眠薬の処方避けて、鎮静催眠作用も期待できる非定型抗精神病薬を選択します。

処方例

クエチアピン（セロクエル[®]）25 mg錠 1回0.5～1錠 1日1回
就寝前



「不眠だからとりあえず睡眠薬」、「不眠は約束処方で」のような
安易な対応は御法度！

色々な不眠への対処

参考文献

- 1) Delirium: Acute confusional state in palliative medicine (Augusto Carraceni & Lucio Grassi, ed), Oxford University Press, 2011
- 2) 「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」(内富朋生、小川朝生・編)、創造出版、2010

〈小川朝生〉

2 せん妄になってしまった場合

症例

70代 男性

肺腺がんに対して化学療法を施行するために入院中。化学療法施行後より、食欲不振が持続。倦怠感も続き臥床がちであった。化学療法施行後7日目から発熱があり、夕方からそろそろと落ち着きのない様子であった。入院時指示の不安時デパス® 0.5 mg 1錠を服用させたところ、「ベッドの下が海になっている」と言い、夜間を通して興奮し続けた。翌日の日中は傾眠がちで過ごしている。今晚の対応について、病棟から主治医に相談がきた。

1 対応のポイント

臨床において、せん妄を発症する典型的なパターンです。せん妄の前駆症状を見落としたために初期対応を誤り、せん妄の発症に至りました。一度せん妄を発症してしまうと、認知機能の回復を図るための治療を行う必要が生じます。

せん妄を発症した場合には、まず

- 1 せん妄の原因を探索する
 - 2 原因となる要因のうち、介入・補正が可能な要因は補正を図る
- ことを進めますが、入院中の場合にはほとんどの場合に
- 3 症状に対して抗精神病薬による治療を行う
- こともあわせて行います。

この症例をみますと、70代とせん妄のリスク（5章-1参照）をもつ患者が、入院をして食欲不振・脱水を生じたところに、発熱と薬剤が重なり、せん妄を発症したと考えられました。

原因としては、1感染、2脱水、3薬剤（チアノジアゼピン系薬剤であ

るデバス[®]) があげられ、感染に対してはフォーカスと原因菌を検索した後、抗菌薬の投与、2週水に対しては経口の輸液を進め、関連する薬剤を中止（この場合はデバス[®]）にしました。あわせて、せん妄に対して抗精神病薬を開始し、少量から漸増し、必要量を見積もることになります。

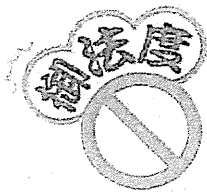
同時に重要なのが家族への説明です。家族は今まで普通に会話ができていた患者ができなくなったことに動揺すると共に、どのように接していいのかわからず戸惑います。家族の動揺に配慮をしつつ、原因と治療を中心に今後の見通しを含めて説明します。

家族への説明のポイント

- ・家族にせん妄とその原因、治療について説明し、家族の不安を解く（特に精神病や認知症になったのではないことを説明する）。
- ・家族の苦勞をねぎらう。休養を勧める。
- ・家族が介護を抱え込みすぎでいないか、疲弊していないか確認する。
- ・家族の積極的なかわりを促す。かわり方に関する不安を解く（例に優しい人があるだけでも患者が安心すること、幻視や妄想に無理にあわせなくてよいこと）。

家族への説明例（せん妄の説明）

- ・今のように、つじつまの合わないような話をされたり、見えてもいないようなものが見えているような状態をせん妄と言います。これは熱が出たり、体の水分が足りないといった体の状態をきっかけに、脳機能がうまく働かなくなった状態です。ぼーっとしてうつらうつらしたり、夜になると混乱して落ち着かなくなったりします。夢と現実が混ざったような夢うつつのような状態です。
- ・これは体の弱状の一つであり、果けてしまったとか精神病になったわけではありません。「こころの持ち方」とか「気が弱い」から出てしまう症状でもありません。あくまでも体の弱気からきているものです。
- ・治療のために入院されている方の場合、2～3割くらいの方が、この弱状で困ったり、悩んだりされます。決してまれなことではありません。




せん妄のきっかけになった物事にだけ注目して治療するのは御法度！

薬でせん妄になったら薬だけ中止すればよい、のではなく、必ずせん妄の原因を全身くまなく検索することが必要です。

〈小川朝生〉

Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey

American Journal of Hospice
& Palliative Medicine®
00(0) 1-11
© The Author(s) 2013
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1049909113507328
ajhpm.sagepub.com


Kazuhiro Nakazawa, MD¹, Yoshiyuki Kizawa, MD, PhD²,
Takami Maeno, MD, PhD¹, Ayumi Takayashiki, MD, PhD¹,
Yasushi Abe, MD³, Jun Hamano, MD¹, and
Tetsuhiro Maeno, MD, PhD¹

Abstract

To clarify physicians' practices and attitudes regarding advance care planning (ACP) in palliative care units (PCUs) in Japan, we conducted a self-completed questionnaire survey of 203 certificated PCUs in 2010. Ninety-nine physicians participated in the survey. Although most Japanese palliative care physicians recognized the importance of ACP, many failed to implement aspects of patient-directed ACP that they acknowledged to be important, such as recommending completion of advance directives (ADs), designation of health care proxies, and implementing existing ADs. The physicians' general preference for family-centered decision making and their feelings of difficulty and low confidence regarding ACP most likely underlie these results. The discrepancy between physicians' practices and their recognition of the importance of ACP suggests an opportunity to improve end-of-life care.

Keywords

advance care planning, advance directives, attitude, palliative medicine, palliative care, neoplasms, Japan

Introduction

Advance care planning (ACP) has been described as a process "whereby a patient, in consultation with health care providers, family members, and important others, makes decisions about his or her future health care, should he or she become incapable of participating in medical treatment decisions."¹ The ACP improves end-of-life care and patient and family satisfaction and reduces stress, anxiety, and depression in surviving relatives.² Advance directives (ADs) are directions recorded by competent individuals to allow them to influence treatment decisions through ACP in the event of serious illness and subsequent loss of competence. Several previous studies focused on the completion of ADs and factors impacting on physicians' attitudes toward ADs, that is, cultural factors, autonomy, the patient's family, legal worries, the professional's fear of increased euthanasia, and individual subjective concerns.³ In these studies, the characteristics of physicians with a positive attitude toward ADs were experience with the use of ADs in practice,⁴ higher age,⁵ an earlier year of graduation from the medical school,⁵ working in a solo practice,⁵ female gender,⁵ and working as a resident physician.⁶ In contrast, the characteristics of physicians who have a negative attitude toward ADs were reported to be an early year of graduation from the medical school⁴ and being a foreign medical graduate.⁵ The ACP is

supported by legislation in Australia, the United Kingdom, and the United States.² The ACP is spreading in Asia and has been governed by a national act in Taiwan since 2000.⁷

In Japan, the term ACP is not popular with general citizens or health care professionals; however, ADs have received much discussion, especially in the case of living wills when life-sustaining treatment was administered to patients who were unlikely to recover. Previous studies have revealed that Japanese physicians have a positive attitude toward ADs in general.^{8,9} However, because ADs are not mandatory documents in Japan, health care professionals do not often have the opportunity to see patients who have completed ADs in the

¹ Department of Primary Care and Medical Education, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba, Japan

² Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine, Kobe, Japan

³ Department of Palliative Care, Asahikawa Medical University, Asahikawa, Japan

Corresponding Author:

Yoshiyuki Kizawa, MD, PhD, Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine, 7-5-1, Kusunokicho, Chuo-ku, Kobe, Hyogo 650-0017, Japan.

Email: kizawa-ysyk@umin.org

physician's own clinical practice, even in palliative care units (PCUs) or hospices. A previous study in Japan indicated that the rate of completion of ADs was only 9%.⁹

These previous studies^{8,9} were small, and because they were published in 1998, they do not reflect more recent changes in practices and attitudes. No one has conducted a large size, multicenter, and systematic survey of practices and attitudes regarding ACP among palliative care physicians in Japan.

We therefore conducted a nationwide survey in Japan to examine the current status of ADs in PCUs and to determine palliative care physicians' practices and attitudes regarding ACP. We have already reported the survey results showing that the rate of completion of ADs is 18% to 48% in PCUs.¹⁰ Here, we report the results of Japanese palliative care physicians' practices and attitudes regarding ACP, and the characteristics of physicians who have positive or negative practices concerning ACP.

Methods

Participants

Participants were responsible physicians from all 203 certified PCUs that are members of Hospice Palliative Care Japan, which is the most respected and largest palliative care association in Japan and was established in 1991. The survey covered 93.5% of the total of 217 certified PCUs in 2010 in Japan.

Design

We conducted a nationwide cross-sectional survey from December 2010 to February 2011 by mailing a cover letter and questionnaire about ACP to a responsible physician in each of the 203 certified PCUs. The cover letter stated that the survey was anonymous and provided instructions for answering the self-completed questionnaires. Participating physicians answered their questionnaire and returned it in the envelope provided. The institutional review board of the Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, approved the survey protocol.

Questionnaire

The questionnaire examined each participating physician's practices before and after a patient's admission to a PCU and their attitude toward ACP. Because most of the palliative care physicians were in charge of patients only after admission to PCUs, in the current study we have only reported question items concerning the physicians' practices after the patient's admission: examples are "Do you encourage sharing of the goals of treatment and care between the patient and family?" "Do you order do not resuscitate (DNR) if you determine that the patient wishes for no cardiopulmonary resuscitation (CPR) in the event of the patient's cardiopulmonary arrest?" and "Do you order DNR if the patient's family wish for no CPR in the event of the patient's cardiopulmonary arrest?" (Figure 1). We required the physicians to answer the questions regarding

their practices using a 5-point Likert-type scale: "always," "very frequently," "sometimes," "rarely," or "never".

The question items concerning each physician's attitudes toward ACP were separated into 2 parts (Figures 2 and 3). The first part examined the physicians' recognition of the importance of ACP and included question items such as "Is it important to confirm the patient's understanding of their disease conditions?" "Is it important to ask the patient about existing ADs?" and "Is it important to ask if the patient desires the use of transfusion in case they lose their decision-making capacity?" We required physicians to answer the questions using a 5-point Likert-type scale: "very important," "important," "neither important nor unimportant," "not so important," or "not important at all." The second part concerned the physicians' attitudes and difficulties toward ACP and ADs, such as "ACP is an effective way for patients to influence their medical treatment should they lose competence"; "In a catastrophic situation, I would have greater confidence in my treatment decisions if guided by an AD"; and "I have difficulty asking the patient, not their family, about the patient's desires concerning end-of-life care in ACP." We required the physicians to answer the questions using a 5-point Likert-type scale: "strongly agree," "agree," "undecided," "disagree," or "strongly disagree."

The questionnaire also examined each physician's demographic data including age, sex, clinical experience, length of time engaged in palliative care, and the type of medical facility in which they work. The types of medical facilities were designated cancer hospital, other hospital, clinic, and others.

The questionnaire was developed by 2 of the study's authors (YK and YA). The first part of the questionnaire, which concerned the physicians' practices before and after a patient's admission to a PCU and the physicians' recognition of the importance of ACP, was original items developed based on a literature review.^{1,3-6,11} The second part of the questionnaire about the physicians' attitudes and difficulties toward ACP and ADs was developed with reference to a previous study.⁴ We translated all items about the physicians' attitudes toward ACP and ADs in the previous study⁴ into Japanese, with the exception of 2 items pertaining to law, which we deleted because AD and ACP are not supported by law in Japan, and we thought the question would be inappropriate to ask. In addition, we changed the description of AD in the translation of the previous study⁴ to ACP to avoid confusion regarding the definitions. Throughout this study, AD was defined as directions recorded by competent individuals to allow them to influence treatment decisions in the event of serious illness and subsequent loss of competence, and ACP was defined as the process of making decisions about patient's future health care by a patient in consultation with health care providers, family members, and important others, should he or she become incapable of participating in medical treatment decisions. We added another 3 items to the translated questionnaire to assess the physicians' difficulty in practicing ACP: "I have difficulty telling the patient directly about their disease conditions in ACP"; "I have difficulty assessing the patient's decision-making capacity in

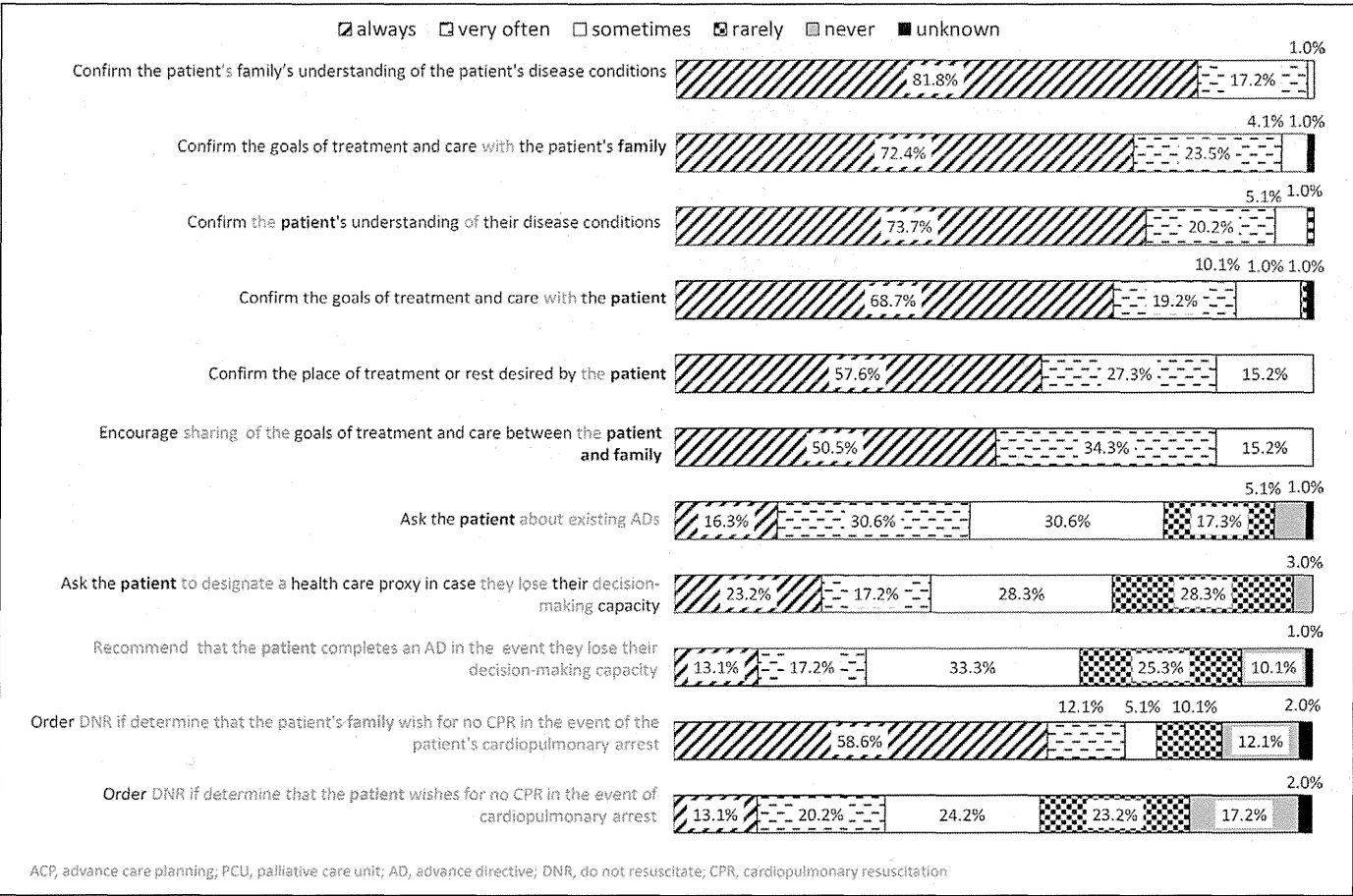


Figure 1. Physicians' practices regarding ACP in the PCUs (N = 99). ACP indicates advance care planning; PCUs, palliative care units.

ACP”; and “I have difficulty asking the patient, not their family, about the patient’s desires concerning end-of-life care in ACP.” The content and face validity of the survey instrument were confirmed by a convenience sample of 10 palliative care specialists. Reliability was checked by Cronbach α coefficient. The full questionnaire used for the study is given in Appendix A.

Statistics

We summarized the demographic data by descriptive statistics. Either the chi-square test or Fisher exact test was used in univariable analyses comparing physicians with positive practices regarding ACP to those with negative practices. In this study, a physician with negative practices regarding ACP was defined as one who responded “sometimes,” “rarely,” or “never” to each of the following 3 questions, which were deemed the most fundamental after much discussion among the researchers: “Do you recommend that patients to complete an AD in the event they lose their decision-making capacity?” “Do you ask the patient to designate a health care proxy in the event they lose decision-making capacity?” and “Do you order DNR if you determine that the patient wishes for no CPR in the event of cardiopulmonary arrest?” Physicians who did not meet this definition for negative practices were classed as having positive

practices regarding ACP. *P* values less than .05 were considered statistically significant. Analysis was conducted using SPSS statistics 21 (IBM, Tokyo, Japan).

Results

Of the 203 certified PCUs, 99 (49%) returned responses to the survey. In total, we collected data from 99 responsible physicians.

Demographic Data

The characteristics of the respondents are listed in Table 1. The respondents were predominantly male, and their median age was 49.0 years (interquartile range [IQR], 12.0 years). The median length of time of the physicians’ clinical experience and palliative care experience was 24.0 years (IQR, 14.0 years) and 7.0 years (IQR, 8.0 years), respectively. Approximately one-fourth of the physicians were engaged in a designated cancer hospital.

Reliability of the Questionnaire

Cronbach α coefficient for the parts of the questionnaire about the physicians’ practices, their recognition of the importance of

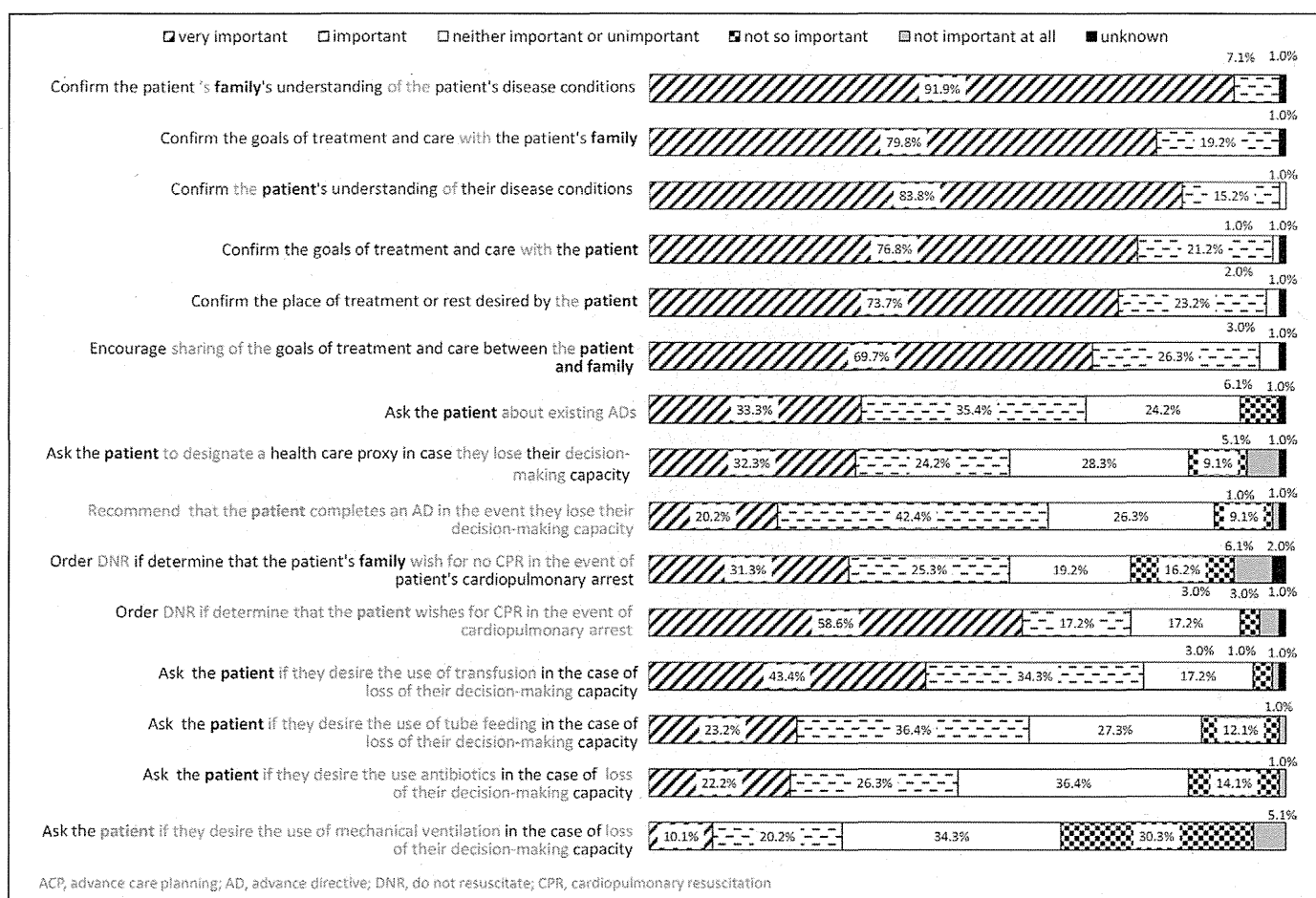


Figure 2. Physicians' recognition of the importance of ACP (N = 99). ACP indicates advance care planning.

ACP, their attitudes toward ACP and ADs (questions translated from Davidson et al⁴), and their attitudes toward ACP and ADs (original questions devised for this study) were 0.884, 0.881, 0.344, and 0.756, respectively.

Physicians' Practices Regarding ACP in the PCUs

Figure 1 shows the results for the physicians' practices regarding ACP in the PCUs.

The percentages of physicians who "always" or "very often" confirm the family's understanding of the patient's disease conditions, the goals of treatment and care with the patient's family, the patient's understanding of their disease conditions, and the goals of treatment and care with the patient were 99.0%, 95.9%, 93.9%, and 87.9%, respectively.

The percentages of physicians who "always" or "very often" ask the patient about existing ADs, the patient to designate a health care proxy in case they lose their decision-making capacity, and recommend that the patient completes an ADs in the event they lose their decision-making capacity were 46.9%, 40.4%, and 30.3% respectively.

The percentage of physicians who "always" or "very often" order DNR after asking the patient's family was

70.7%. The percentage of physicians who always or very often order DNR if they know that the patient wishes for no CPR in the event of cardiopulmonary arrest was 33.3%.

Physicians' Recognition of Importance of ACP

Figure 2 shows the results for the physicians' recognition of the importance of ACP. A physician was deemed to recognize the importance of a certain aspect of ACP if they responded "very important" or "important" in the survey.

The percentages of physicians who recognized the importance of confirming the family's understanding of the patient's disease conditions, confirming the goals of treatment and care with the patient's family, confirming the patient's understanding of their disease conditions, and confirming the goals of treatment and care with the patient were 99.0%, 99.0%, 99.0%, and 98.0%, respectively.

The percentages of physicians who recognized the importance of asking the patient about existing ADs, recommending that the patient complete an AD in the event they lose their decision-making capacity, and asking the patient to designate a health care proxy in case they lose their decision-making capacity were 68.7%, 62.6%, and 56.5% respectively.