

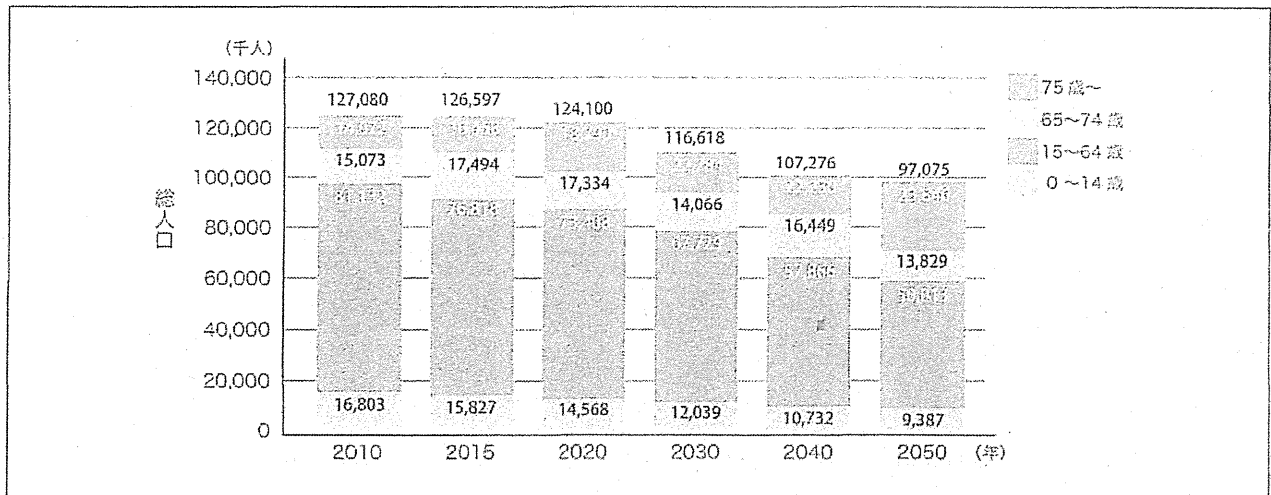


図1 今後のわが国の人口の推移

(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」HP <http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp>より引用)

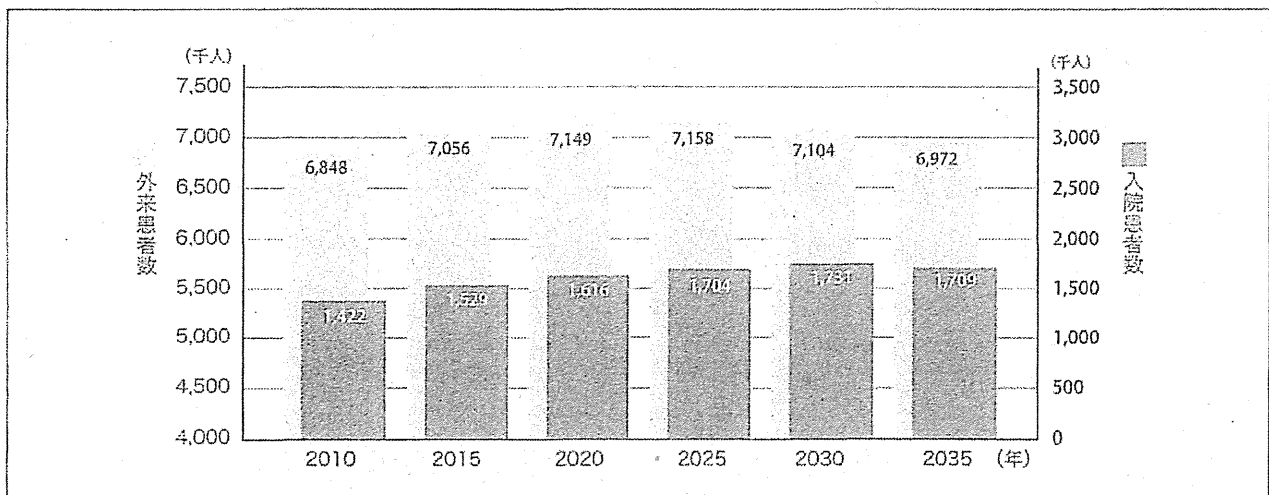


図2 今後の外来・入院患者数の推移

(国土交通省「平成24年版首都圏白書」HP http://www.mlit.go.jp/hakusyo/syutoken_hakusyo/h24/h24syutoken.htmlより引用)

また、患者だけではなく家族の高齢化も問題です。高齢夫婦の2人暮らしによる「老老介護」が増加し、家族に介護力が期待できないケースも増えます。さらに、退院後の生活について相談したとき、「配偶者はいるけれ

ど、認知症だった」というケースも増えるでしょう。現在でも、「家族に薬の管理を依頼したら、実は家族も認知症だったため、自宅で服薬管理ができず、再入院してしまった」というケースは少なくありません。

社会の高齢化の進行から、高齢の入院患者も増えています。高齢患者が増えると、一般病棟ではどのようなことが起こるのでしょうか。考えられる事案を次にあげてみます。

- ・認知症を合併した患者が増える（たとえば65歳以上の方の8%が認知症を合併している³⁾）。
- ・認知症があると、入院によるせん妄を発症しやすくなる（内科入院患者の約15%の方が入院中にせん妄を合併します⁴⁾）。せん妄を発症

すると、入院が長期化するだけでなく、再入院が増加し、1年後の死亡率も高まる。

- ・認知症の初期症状として「抑うつ症状」が多くみられる（アルツハイマー病の初期症状に抑うつ症状があります。アルツハイマー病におけるうつ病の併発率は15~20%に上る⁵⁾）。

このように、高齢者をケアするうえで、認知症やせん妄、抑うつ症状など精神症状への対応は避けて通れないものとなるのです。

医療者の皆さんは、病気になって落ちこんでいる患者に毎日のように会っています。程度の差はありますが、身体疾患を罹患した患者の10~20%に気分の落ち込みや意欲の低下などの症状（いわゆる、抑うつ症状）が認められます。

では、われわれは身体疾患の治療のために入院された患者に対して、どのような「心のケア」を提供するべきでしょうか。

「心のケア」というと、「泣いている患者に寄り添う」「落ち込んでいる患者の話を傾聴する」といったイメージをお持ちの方が多いでしょう。患者に敬意を示し傾聴する姿勢は、どのような臨床場面においても重要な姿勢です。

しかし、「心のケア」は「話を聴く」だけですべてが解決するものではありません。ふつうの気分の落ち込みであれば、落ち込みが

ずっと続くことはありませんが、食事が摂れず、夜も眠れないような落ち込みが2週間、もしくは1か月続くとしたらどうでしょうか。「自分は治療を受ける意味がないから」と薬を飲まなかったり、治療を拒否された場合どうしたらよいのでしょうか。さらにひどくなると、生きる意味にさえ疑問をもつ患者もいます。

ところで、平成24年の年間累計自殺者数は、27,766人との報告があります⁶⁾。平成10年に自殺死亡者数が急増しはじめてから、国をあげて自殺対策への取り組みが行われていますが、依然として高い数値であることに変わりはありません。そして、これらの自殺の原因・動機のうち、年間自殺者数の約半数が健康問題に関連した事由で自殺をしていることも明らかになっています⁷⁾。

われわれ医療者は、不幸な自殺を減らすためにも、疾患の治療とともに精神的ケアと社

会的なサポートについて考える必要があります。

上述したように、身体疾患のある患者は一般の方以上にうつ病を発症している割合が高いということも明らかになっています。何らかの身体疾患に罹患すると、抑うつ症状をもつ割合が約2倍になります。抑うつ症状（うつ病や適応障害）をもつ患者の割合は、評価方法によって差はあるものの、おおよそ10～20%、入院患者の5～10人に1人は“うつ病”を合併していることになります。

身体疾患とうつ病には強い関連があり、身体疾患とうつ病は併発する割合が高い（表

1）、身体疾患とうつ病を併発すると、再入院しやすくなり予後が悪化する（表2）、うつ病があると、喫煙や運動不足、睡眠障害など不健康な生活習慣が続くリスクが高まることが明らかになっています。

このように、精神的ケアを意識した医療を提供する必要性が認知されるようになり、2011年には、がんや脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に続き、精神疾患が5疾病5事業の一つに指定されました。国が医療計画を立て、地域のなかで目標数値を定めて、保健医療

表1 身体疾患とうつ病の併発の割合

身体疾患	うつ病の割合	文 献
がん	13～20%	Lancet Oncol, 12: 160-174, 2011
脳卒中	29～36%	Stroke, 36: 1330-1340, 2005
心筋梗塞	5～69%	Gen Hosp Psychiatry, 33: 203-216, 2011
糖尿病	11%	Diabetes Care, 24: 1069-1078, 2001

表2 身体疾患とうつ病を併発した患者の予後

身体疾患	項 目	文 献
がん	死亡リスクの上昇(1.25倍)	Cancer, 115: 5349-5361, 2009
脳卒中	入院日数、通院回数の増加	Stroke, 37: 2796-2801, 2006
心筋梗塞	死亡リスクが2倍	Gen Hosp Psychiatry, 33: 203-216, 2011
糖尿病	・血糖コントロール不良 ・アドヒアランス低下	Diabetes Care, 23: 934-942, 2000 Diabetes Care, 31: 2398-2403, 2008

サービスを適切に提供できるように実施する
というものです。今後、各都道府県が計画す
る医療計画も2013年から立てられるようにな
ります。

以上、社会の変化というやや大きな立ち位
置から、一般病棟の置かれている現状と、そ

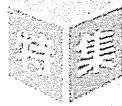
のなかで精神症状への対応がより重要視され
てきている背景をお話しました。

今後、診療科を問わず、高齢者への心身に
わたるアセスメントやうつ病への支援は欠か
せないものとなります。私たちは、これから
出会う患者と家族にどのようなケアを提供で
きるようになるべきなのか、皆さんと一緒に
考えていきたいと思います。



引用・参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」HP
<http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp>
- 2) 国土交通省「平成24年版首都圏白書」HP
http://www.mlit.go.jp/hakusyo/syutoken_hakusyo/h24/h24syutoken_.html
- 3) 鈴木道雄・他：富山県における老人性痴呆実態調査からみた痴呆有病率の推移，老年精神医学，14（12）：1509-1518，2003.
- 4) Ross C.A., et al : Delirium : phenomenologic and etiologic subtypes. Int Psychogeriatr, 3（2）：135-147, 1991.
- 5) Zadikoff C, Lang AE : Apraxia in movement disorders, Brain, 128（Pt7）：1480-1497, 2005.
- 6) 内閣府自殺対策推進室「警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等」HP
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/saishin.pdf>
- 7) 警察庁「平成23年中における自殺の状況」HP
<http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm#safetylife>



臨床で役立つ サイコオンコロジーの最新エビデンス

せん妄の予防 —エビデンスに基づいた薬物療法と非薬物療法—

Prevention of Delirium in Hospitalized Cancer Patients

小 川 朝 生*

Asao Ogawa

Key words : せん妄, 緩和ケア, コンサルテーション精神医学

● 緩和ケア 23 : 196-199, 2013 ●

メッセージ from サイコオンコロジスト

- ◇せん妄は、早期発見・早期対応が基本である。臨床では、見落として後手に回るケースが一番多い。おかしいと思ったらせん妄を疑うのが基本。
- ◇せん妄は火事と同じである。増悪すると、治療よりも鎮静を優先せざるをえず、合併症を含め、病態が複雑になる。できるだけ早くみつけ、少量で対応することを心がけたい。
- ◇何よりも医師と看護師、理学療法士、薬剤師のコンビネーションが重要。どの職種もせん妄をみつける“目”を養ってほしい。

はじめに

せん妄は、急性に生じる意識障害を主体とする精神神経症状の総称である。せん妄には、注意力の障害に加えて、不眠や昼夜逆転などの睡眠覚醒リズムの障害、感情の変動、精神運動興奮、幻視や錯視などの知覚障害、妄想など多彩な症状が夜間を中心に出現し、数時間から数日のレベルで変動する特徴がある。

せん妄は、身体疾患に起因する意識障害が本体

であることから、最初に考慮をすることは、意識障害改善のためのアプローチである。同時に、緩和ケアの観点からみれば、せん妄はそれ自体が苦痛を引き起こすとともに、家族や医療者とのコミュニケーションを阻害し、身体症状のコントロールを悪化させる。せん妄を適切にコントロールすることは、患者との意思疎通を確保し、症状の緩和を進めるだけでなく、患者の意向に沿った治療を提供するうえでも重要である。

せん妄の管理に対して関心が高まる一方、対処

*国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発分野 : Psycho-Oncology Division, Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East (〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1)
0917-0359/13/¥400/論文/JCOPY

する環境がICUから急性期病棟、老年病棟、緩和ケア病棟と多様であるため、比較が非常に難しく、混乱を招いている。

本稿では、おもにせん妄を予防する観点から、現状をまとめてみたい。

最新のエビデンス

せん妄の予防に関する取り組みは、大きく、

- ①せん妄への薬物を用いた介入：1) 発症予防、2) 重症化予防
 - ②せん妄への薬物以外の介入：1) 発症予防、2) 重症化予防
- に整理をすると考えやすい。

①せん妄への薬物を用いた介入

1. 抗精神病薬

すでに発症したせん妄に対して、抗精神病薬を用いることは、標準的な治療方法として試みられる。その戦略の延長線上として、手術の前や入院直後に、あらかじめ抗精神病薬などの治療薬を投与することにより、せん妄の発症を抑えることはできないか検討されている。

このような予防的投与は、せん妄誘発の引き金となる直接因子が明らかなセッティングで、検討しやすい。実際、術後せん妄やICU下でのせん妄に対して、薬剤を予防的に用いた効果について検討した報告が中心である。がん医療以外での検討にはなるが、抗精神病薬やメラトニン、 α_2 アゴニストを用いた検討がある。

術後せん妄に対して、低用量のハロペリドールを用いた報告では、ハロペリドールを用いることにより、重症化と遷延は予防できたものの、せん妄の発症頻度そのものは変化がなかった¹⁾。また、オランザピンを予防的に用いた検討では、発症頻度は低下したものの、一部の患者でせん妄が重症化・遷延化したと指摘されている²⁾。この背景には、オランザピンのような抗ヒスタミン作用のある抗精神病薬では、逆説的増悪（せん妄を治療する目的で抗精神病薬を使用したところ、逆にせん妄が増悪する）が関係していると考えられる。

近年では、せん妄の前駆状態をSSD (subsyndromal delirium) として捉え、症状が揃う以前の段階で抗精神病薬の投与を試みる、早期発見・早期介入を志向した介入試験が行われている。ICUのセッティングではあるが、早期発見をするほど、抗精神病薬はより少量で、しかも発症を未然に防ぐことができたと報告されており、注目される³⁾。

2. メラトニン

メラトニンを高齢患者に用いた小規模な検討では、せん妄の発症に予防的な効果を上げる可能性が指摘されている。しかし、複合的な要因が絡む場合や、全身状態の悪化の影響が大きいがんの場合にも応用可能かどうかは、慎重な検討が必要である。

3. α_2 アゴニスト

ICU人工呼吸管理下での検討では、 α_2 アゴニストが、ベンゾジアゼピンを使用した鎮静と比べて、せん妄を含む認知機能障害の重症度を低下させたとの報告がある。薬理学的に、せん妄の増悪因子であるベンゾジアゼピンの使用を避けることは、理にかなった対応である。しかし、 α_2 アゴニストは、ICUなどの人工呼吸管理ができる環境で使用する薬剤であることから、一般病棟や緩和ケア病棟では使用しづらい。

4. コリンエステラーゼ阻害薬

せん妄の発症は、薬理学的にコリン系神経伝達系の機能低下が関与していると考えられている。そのため、コリンエステラーゼ阻害薬を用いてコリン系を賦活することにより、せん妄症状を改善できるのではないかと仮説がある。

認知症においては、認知症の周辺症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) の中に、せん妄がある。アルツハイマー病やレビー小体病では、ドネペジルやガランタミンなど、コリンエステラーゼ阻害薬を投与することにより、BPSDが軽減できることはすでに確立しており、せん妄の発症を予防できる。

認知症のないがん患者に対してコリンエステラーゼ阻害薬を投与をして、せん妄の予防が可能か

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

5. 抗精神病薬を用いるうえでの注意点

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

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

近年では、各薬剤間でのリスクも検討され、非定型抗精神病薬間でも薬剤間での差があること、定型抗精神病薬はリスクが高いことが明らかになってきた⁴⁾。死亡リスクを上昇させる原因は、はっきりとは解明されていないが、循環障害と感染のリスクが指摘されている。

② せん妄への薬物以外の介入

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

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

表1 せん妄に対する複合プログラムの主な共通コンポーネント

項目	内容
全 般	アセスメント ・入院後早期 (24 時間以内) にせん妄のリスクを評価する ・ケアは個々人のリスクに応じて組み合わせる ケアは多職種で行う せん妄のリスクが高いと判断した場合 ・担当するスタッフはできるだけ代えずに固定する
認知機能への予防的介入、見当識の強化	・適度な照明と分かりやすい表示をする (時計やカレンダー) ・見当識をつけるための声かけ、働きかけをする ・認知を促進する働きかけをする ・家族の付添・見舞いを促す
脱水の予防	・水分摂取を勧める
栄養アセスメントの実施	・食事摂取量の確認 ・栄養状態の評価を定期的実施
感染予防	・感染防止策の徹底 ・不要なルートは外す ・感染徴候を早期に発見し治療を行う
疼 痛	・疼痛アセスメントを必ず行う ・疼痛が疑われる場合には適切にマネジメントをする
睡眠リズムを維持する	・夜間の不快な音を減らす ・睡眠中の処置は避ける ・睡眠を妨げるような投薬を避ける (就寝中の内服、夜間の排尿を促すような連続した輸液など)
多剤併用療法を極力避ける	・投薬内容を把握する ・相互作用を確認する ・せん妄のリスクとなる薬剤については、増悪要因になっていないかどうかアセスメントをする
行動への予防的介入	拘束をしない ・術後の早期離床を促す ・入院中の歩行を促す ・歩行困難な患者を含め、ROM (range of motion) 運動を勧める
排便・排尿の問題がないか確認する	・便秘の予防 ・尿閉・失禁の予防・対応

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

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

緩和ケアの現場で実践するには

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

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

① 非薬物療法

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

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

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

② 薬物療法

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

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

文 献

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

特集 サイコオンコロジーの現在

高齢がん患者のこころのケア*

◎ 小川朝生**

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

はじめに

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

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

表1 高齢者のがん治療特有の問題点

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

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

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

がん治療を進めるに際して、臓器機能の低下

* Supportive care in geriatric oncology.

** Asao OGAWA, M.D., Ph.D.: 独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 [〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1]; Psycho-Oncology Division, Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Chiba 277-8577, Japan.

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

高齢者とがん治療

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

高齢者は医学的にも社会的にも個体差が大きい。

特に異なる要因として、

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

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

高齢者におけるコミュニケーション

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

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

高齢者の治療で重要なポイント

1. 薬物動態の変化

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

2. 臓器機能、予備能の低下

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

3. 多剤併用

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

高齢者に特徴のある悪性腫瘍

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

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

高齢者と臨床試験

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

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

乳がんの臨床試験への参加を提案する割合を調べた報告では、65歳未満と65歳以上の患者でstageの低いときには臨床試験への参加を提案した割合は同じであったが、stageが高くなるにつれて65歳以上で提案する率が下がっている。また、腫瘍内科医への質問紙調査では、高齢者は合併症が多いこと、コンプライアンスが低い、治療毒性が現れやすい、適格条件に合致する率が低いために臨床試験を積極的に提案しづらいと感じていた⁶⁾。

意思決定能力の評価

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Frailty(脆弱性)

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

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

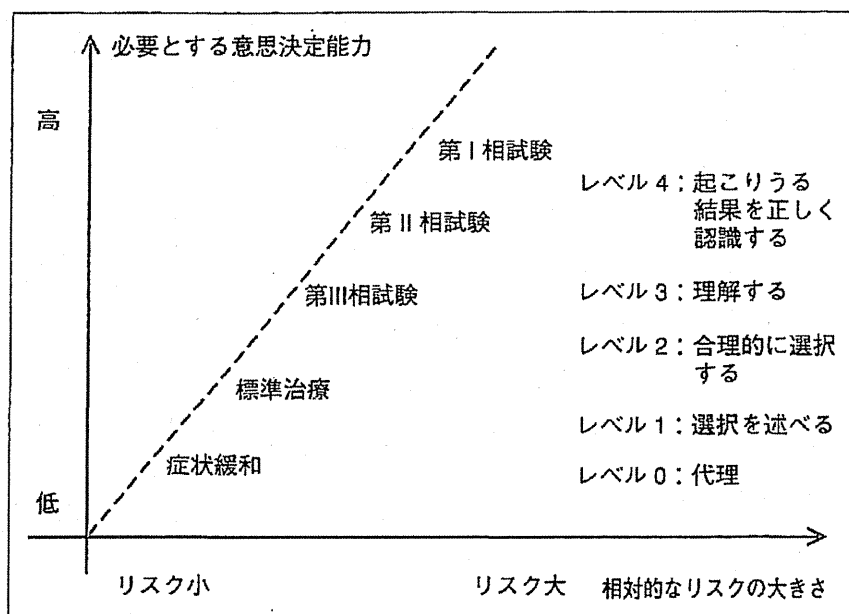


図1 治療内容と要求される意思決定能力のレベル

表2 意思決定能力の評価

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

ラインにも採用されている⁷⁾。

Frailtyの指標は5つの身体機能を含み, 年齢ごとにnonfrail, prefrail, frailに分ける。Frailtyは指標のうち3つまたは4つが該当する場合であり, prefrailは1つあるいは2つに該当する場合である。地域の一般人口を対象とした研究では, 70~79歳までの人口のうち, 33~45%がnonfrailで, 45~55%がprefrail, 11%がfrailに該当した⁸⁾。

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

CGAとは, Comprehensive Geriatric Assess-

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

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

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

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

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

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

文 献

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

*

*

*

がん患者の終末期のせん妄

小川 朝生*

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

精神科治療学 28(9) 1157-1162, 2013

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

Ⅰ. はじめに

せん妄は、がん患者において、入院の20～30%、予後が数週と見積もられる時期では90%が経験する^{10,19)}。終末期においては、緩和ケア病棟や一般病棟に入院する大きな理由の一つに、せん妄の症状コントロールが不良であることが挙げられているほど一般的な病態である⁴⁾。事実、せん妄はその有病率が高いことと、コミュニケーションをとる機会を患者から奪うことで、患者の療養生活の質を著しく下げること、家族へ強い精神心理

的苦痛を与えることから、終末期において、常に注意を払わなければならない精神症状である⁸⁾。本稿では、がん患者の終末期のせん妄を中心に、その対応の実態を述べたい。

Ⅱ. 終末期せん妄と終末期患者のせん妄

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

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

Terminally delirium in cancer patients.

*国立がん研究センター東病院精神腫瘍科
〔〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1〕Asao Ogawa, M.D., Ph.D. : Psycho-Oncology Division,
Center for Innovative Oncology, National Cancer Center
Hospital East, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa-shi,
Chiba, 277-8577 Japan.

ったせん妄」を指す^{3,10)}。

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

Ⅲ. 実 態

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

Ⅳ. 原 因

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

終末期のせん妄においても、原因を丁寧に検索することが重要な理由は、たとえ終末期でも回復の可能性があるからである。Lawlorらは、緩和ケア病棟入院時のせん妄の原因を検索・治療し、その49%が回復したと報告している¹⁰⁾。Moritaらも同様の調査を行い、20%が回復したと報告している¹³⁾。どちらも薬剤が関係するせん妄は回復の可能性が高かった。

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

Ⅴ. 治療可能な原因

まず指摘しておきたいことは、終末期であってもせん妄の治療可能性は十分に残されている点である^{5,10)}。過去の研究から、おおよそ50%は症状の改善が図れる^{7,10)}。

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

Ⅵ. ベストプラクティスはなにか

がん治療、特に終末期のせん妄への対応で最も特徴的な点は、必ず予後を評価したうえで治療の方向性を探る点にある。がんの経過は、他の身体疾患と比較して経過が予測しやすい。そのため、いくつかの指標を用いることで、予後の見通しを立てることが可能である。たとえば、MoritaらのPalliative Prognostic Index (PPI) では、予後3週間を感度83%、特異度85%で予測することができる¹²⁾。

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

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

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

終末期のせん妄においても、主要な原因は、オピオイドや脱水、薬物（主に、ベンゾジアゼピン系薬剤とステロイド）である^{1,10,13}。倦怠感の緩和を目標に、ステロイドを使用してせん妄が生じた場合、症状緩和の可能性と今後の見通しをチームで検討し、優先順位を決定する。

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

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

せん妄に対する薬物療法以外の介入も重要である。たとえば、担当するスタッフを固定することでケアの一貫性を保つことや、多職種チームによる包括的なケアを提供することは支持的な環境を設定する点や包括的なアセスメントを提供する点で有力である^{9,13}。包括的ケアには、昼夜のリズムをつける、不快な音の少ない環境に配慮をする、適切な栄養と水分管理、安定した睡眠、疼痛管理、社会活動の推奨がある¹³。老人病棟において、多職種協働ケアによるせん妄の発症予防や重症化予防に効果的であることは確固たるエビデンスがあるが、終末期のせん妄に対しては、発症予

防、重症化予防の効果は確認されていない。

しかし、非薬物療法単独では、せん妄症状をコントロールすることは現実的ではなく、ほとんどすべての症例に対して、薬物療法は必須となる。せん妄の治療という点では、まだエビデンスは確立していない³。

使用する薬剤は通常のせん妄への対応と大きな違いはなく抗精神病薬を主体とするが、終末期では消化管閉塞や誤嚥もあり、経口内服が困難な場合も少なくない。基本は経口投薬としつつも、困難な場合には、注射薬を用いる。注射薬は haloperidol が主体にはなるが、精神運動興奮が強い場合には、chlorpromazine の点滴や皮下注、levomepromazine の皮下注を用いる。せん妄は、どうしても身体症状が重篤な場面で発症するため、比較試験を実施することが困難なため、エビデンスの確立が遅れている。現状では、どの抗精神病薬でも治療効果はほぼ同等とみなされている。経口薬剤では、海外では haloperidol を第一選択として挙げるガイドラインもあるが、わが国においては錐体外路症状のリスク等をきらって非定型抗精神病薬を用いることが多い¹⁷。また非定型抗精神病薬でも SDA, MARTA とともに用いられるが、終末期には悪心を伴う場合も少なくなく、その場合は制吐作用も期待して、olanzapine 等 MARTA が好まれる傾向がある。終末期においては、低活動型せん妄が比較的多いことも特徴になる。低活動型せん妄に関しての、標準治療は確立していないが、鎮静作用の弱い aripiprazole が経験的に推奨されている。

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

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

表1 鎮静の分類

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

Ⅶ. 鎮静に関する判断

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

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

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

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

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

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

多い。まず、倫理的な妥当性、患者本人の意思能力を評価する。そのうえでまず患者と家族に間欠的または浅い鎮静を説明する。患者・家族の疑問や懸念を尋ね、そのうえで、間欠的な鎮静・浅い鎮静の希望があれば、まずは数時間単位での間欠的な鎮静で、その深度もうつらうつらや呼びかければ応答するレベル(コミュニケーションが確保できるレベル)で緩和ができるかどうかをさぐる。一度鎮静を戻した後に、①症状緩和が図れたのかどうか、②鎮静の原因となった症状について再度治療方法を検討、③他の症状・課題の有無、必要なケアの見直し、④患者・家族の気掛かりや希望を再度確認する。そのうえで、予測される予後が短い(2週未満)こと、患者が耐えがたい苦痛を感じていること、専門家へのコンサルテーションを含め、取りうる限りの症状緩和を実施したことを多職種で複数の観点から確認し、患者より深い持続的鎮静の希望があれば、患者・家族の意思を繰り返し確認した後、持続的な鎮静を検討する。詳細は、日本緩和医療学会の「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を参照されたい¹⁰⁾。

Ⅷ. 患者・家族との相談

終末期のせん妄において重要な課題の一つに、家族に対する支援がある。

家族が終末期のせん妄をどのように体験しているのかを、がん患者の遺族を対象として検討した調査から、ほとんどの家族はせん妄を苦痛に感じていたこと、特に「患者とコミュニケーションがとれないこと」や「患者の身の置きどころのなさ」に関しては80%以上が強い苦痛を経験していた。また、他のせん妄の症状である「思考力の低下」や「幻覚」「見当識障害」などについても半数以上の家族が苦痛を感じていた¹⁴⁾。

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

表2 遺族が医療者に望むケア (文献15より引用)

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

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

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

IX. おわりに

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

文 献

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

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

■ 会 告 ■

第56回日本病院・地域精神医学会

会期：2013年10月12日(土), 13日(日)

会場：かでる2・7 (北海道札幌市中央区北2条西7丁目)

テーマ：「危機からの回復と成長」

大会長：田辺 等 (北海道立精神保健福祉センター)

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

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

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

がん領域における精神心理的ケアの連携

小川 朝生

抄録:

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

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

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

日社精医誌 22: 123-130, 2013

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

がんの概要

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

性・女性ともにおおよそ2人に1人が一生のうちにがんの診断を受けることになる。

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