

7. せん妄への対応

せん妄の症状（とくに不眠や興奮、幻視）は、患者、家族、医療スタッフに強い苦痛と負担を強いるが、「寝ぼけ」と誤解されて、放置されていることが多い。

せん妄は、患者にとっても「苦痛」な体験である。医療スタッフは、患者から苦痛の訴えがないので、「患者は苦しんでいない」と誤解していることが多い。

がんという病気があるからせん妄を治療する意味がないとの誤解がしばしばあるが、がん治療にともなうせん妄は、適切な対応をとることで症状の改善を図ることができる。

せん妄とは何か

せん妄は、脳の器質的な脆弱性のうえに、脱水や感染、薬物など身体負荷が加わったために、脳活動が破綻した状態である。すなわち、せん妄は特殊な意識障害であり、せん妄のケアには意識障害に対する治療とケアが求められる。



せん妄は身体因子を原因とする脳機能障害である
せん妄の治療は意識障害（注意障害）の治療である

Don't せん妄を「寝ぼけ」として放置しない
せん妄を見逃さない。「不安」として心理的ケアのみで放置されていることが多いので注意をしたい

多彩な症状にまどわされないこと

せん妄は、幻視や妄想、興奮などの華々しい精神症状から、一見するとそわそわとしていて普通の不安として見過ごしてしまうような症状までさまざまである

臨床現場では、せん妄をストレス性の精神症状や性格などと誤解していることがある。しかしせん妄は、あくまでも身体因子により生じる脳機能障害であり、身体的な治療が必要な病態である



Don't よくある誤解

- ・妄想を言わないのでせん妄ではない
- ・不安そうにしているのでせん妄ではない

せん妄の症状の出方

せん妄は脳の活動の根底をなす意識が障害される病態である。脳機能はいくつかのレベルにまとめると考えやすい(図1)。

日常生活を営む裏では、脳が正常に機能し(意識が清明)、気分が正常で(大まかな外界の様子を正確に判断できる)、思考・判断が正しくでき(思考能力が正常)、脳が環境とうまくやりとりできて、生活を送っている。

心身ともに健康な生活の実現

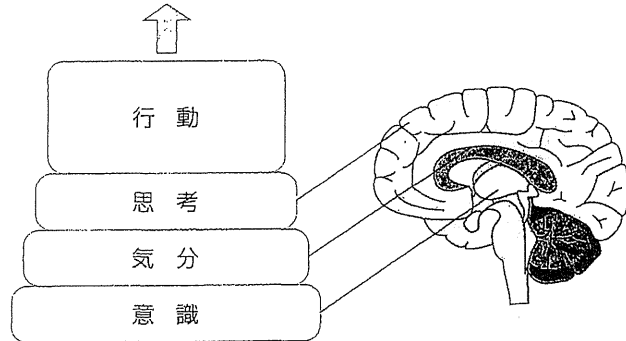


図1 脳機能のレベル

せん妄とは、気分や思考が正常に働く前提となる意識が障害された状態である。そのため、せん妄では、以下のさまざまな症状が出現する。

意識障害の症状：注意力の障害、睡眠覚醒リズムの障害

気分の障害：気分の易変動、易怒性

思考の障害：幻覚、妄想

行動の障害：点滴抜去などの問題行動

Point

せん妄は特殊な意識障害であり、気分の変動や不安など、多彩な精神症状をもたらす

Don't

「不安そうな様子」だからといって、意識レベルを評価せずに「(精神的)不安」として対応するのが、典型的なせん妄の見落とし方である。注意をしたい

せん妄の診断

代表的な診断基準である DSM-5 のせん妄の診断基準を示す。

- A 注意の障害(すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下)および意識の障害(環境に対する見当識の低下)
- B その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間~数日)、もともとなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向がある
- C さらに認知の障害を伴う(例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚)
- D 基準 A および C に示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない

(文献1)より

代表的な症状を下記に示す。

- 1) 睡眠覚醒リズムの障害：昼夜逆転、夜間不眠
- 2) 注意力の障害：きょろきょろと落ち着かず目がおよぐ、会話のつじつまがあわない
- 3) 見当識障害：時間を間違える：夜中を朝と間違える
場所を間違える：病院を家と間違える
人物を間違える：家族の顔がわからない、スタッフを家族と間違えて話しかける
- 4) 情動反応：不安、恐怖、怒り、多幸的など 場にとぐわれないことが多い
- 5) 幻覚：幻視が多い

せん妄の原因

せん妄の要因は大きく3つ、すなわち

- ① 準備因子 脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている
- ② 誘発因子 直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する
- ③ 直接原因 直接脳の機能的な破綻を引き起こした

に分けて検討する(図2, 表2)。

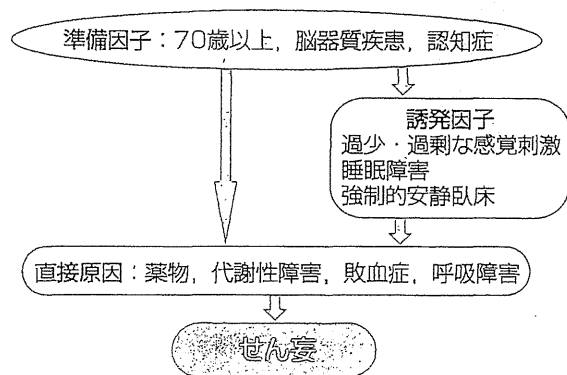


図2 せん妄の要因

終末期がん患者の場合，複数(平均3つ)の要因がせん妄に関係しているといわれる³⁾。

どうしてせん妄の原因を詳細に検討するのか？

終末期に出現したせん妄でも，原因治療を行うことで症状の改善を図ることが可能であるからである。たとえば，終末期のせん妄の原因に関する報告では，原因として薬剤(オピオイド)，脱水，代謝異常，呼吸器感染による低酸素血症が高頻度に認められる

そのうち，オピオイドや脱水，高Ca血症は適切に対処することで回復が期待できる

表2 せん妄のリスクファクター

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

せん妄の経過

がんがあるからせん妄は治らないとの誤解が多い。

終末期でも適切な対応をとることにより，約50%の患者は回復する。予後が数日に迫った時期でさえも，適切な症状緩和を図ることはできる。常にせん妄の有無，重症度を必ず評価し，治療目標とすりあわせながら対応を進めなければならない⁴⁾。

せん妄への対応

くり返しになるが、せん妄は身体負荷に発した脳機能障害である。せん妄の治療の原則は、負荷となっている身体因子を同定し除去することにある。したがってせん妄を疑う場合には、経過を振り返ると同時に、身体所見・検査所見を得て、投薬履歴を確認しながら原因の治療、薬物療法の変更を行う。せん妄が疑われる場合には、以下のステップをふまえてアセスメントを進める(図3)。

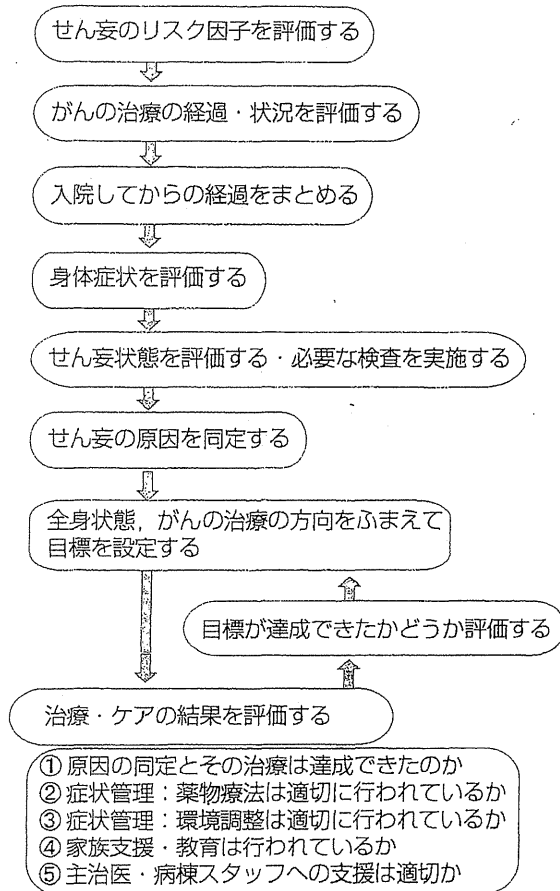


図3 せん妄のアセスメントステップ

1) せん妄のリスク因子を評価する

準備因子(脳が器質的にせん妄を生じやすいかどうか)を中心に、せん妄になりやすい状態かどうかを評価する。アセスメントの内容には下のような項目がある。

高齢	70歳以上で約30%が入院中にせん妄を呈する
認知症	入院前から認知症があるか
せん妄	以前に入院した際に、せん妄や不穏のエピソードがないか。過去にせん妄のエピソードがあることは最大のリスク因子である
脳梗塞	脳梗塞の既往
薬剤	投薬内容をせん妄症状出現前後の変更を含めてすべて調べる
アルコール	飲酒歴、飲酒量を必ず調べる
臓器障害	呼吸器障害、循環障害、腎機能障害、肝機能障害
視覚障害	白内障、眼鏡の使用
聴覚障害	難聴、補聴器の使用

2) がんの治療の経過・状況を評価する

がんの種類	
病期	stage, 転移, 浸潤
治療の経過	今まで受けていた治療, 今進行中の治療, 今後の予定
薬剤	とくにオピオイドはレスキューの使用回数, 使用した時間を調べる。夜間のみが増加し, 痛みの訴えがはっきりしない場合には, せん妄の可能性を考える

3) 入院してからの経過をまとめる

4) 身体症状を評価する

とくにせん妄の直接因子になる原因がないかを詳しく調べる。

全身状態	Performance Status
バイタルサイン	発熱, 呼吸数, 脈拍, 血圧
呼吸	呼吸数, 喘鳴, 喀痰の有無, 酸素飽和度
循環	脈の不整

皮膚：緊張度低下，褥瘡，黄疸，斑状出血，発疹
 腹部：膨満，腸雑音，打診，圧痛
 四肢：チアノーゼ，浮腫
 疼痛の有無，場所，性状，強度
 便秘，尿閉の有無 悪心，嘔吐の有無
 呼吸困難感の自覚 神経学的所見

検査所見

身体所見の変化と合わせて問題点を整理する。とくに注意をしたいのは以下の4点である。

Point

- ① 脱水の有無を確認すること (BUN, Cr, Hb, Hct の変化)
- ② 高 Ca 血症の有無を確認すること
- ③ 電解質異常の有無を確認する (とくに低 Na 血症)
- ④ 感染の有無を判断する (WBC, CRP の確認)

5) せん妄症状の評価

まず以下の7点を評価する

- ① この数日から数時間の急激な変化かどうか
- ② 睡眠覚醒リズムの問題 この数日眠れていたかどうか，昼夜逆転はないか
- ③ 意識状態 傾眠か，過覚醒か
- ④ 注意力の評価 注意がすぐにそれる，会話にまとまりがない，視線がおよぐ
- ⑤ 見当識の評価 場所，時間，人物の認識ができているかどうか
- ⑥ 記憶力の評価 直前の会話，出来事が思い出せるかどうか
- ⑦ 知覚の評価 とくに幻視

6) 必要な検査を実施する

主な検査
 胸部 X 線撮影 誤嚥性肺炎，がん性リンパ管症，胸水の有無の確認
 頭部 CT 脳転移，水頭症の確認
 頭部 MRI 脳転移，がん性髄膜炎，水頭症の確認
 血中アンモニア 肝性脳症の有無の確認

7) 医師と看護師が共同で，病態やせん妄に関連する因子を同定する

Point

- ① がん医療におけるせん妄への対応は，可逆的な原因を確実に同定し，対処することである。回復の可能性が高い原因を見落とさないことが重要である
- ② オピオイドによるせん妄の場合，同時に脱水による代謝産物の蓄積が重なることが多い。水分補給を同時に行う

Don't

せん妄患者の疼痛を見落とさない
 せん妄状態では，患者は疼痛を表現できない。患者からの訴えを待つだけでは疼痛の有無を判断できない

Do 訴えがなくても，苦悶様の表情がないか，特定の体位ばかりとつていないかなどの客観的な観察，血圧や脈拍など自律神経症状を積極的に調べて，苦痛がないかどうかを常に確認したい

8) 全身状態，がんの治療の方向をふまえて，目標を設定する

原因	治療
治療反応性がよい	原因治療 + 抗精神病薬によるせん妄のコントロール
単一の原因の場合 感染症 脱水 高 Ca 血症 オピオイド， ベンゾジアゼピン	抗生物質，ドレナージ 補液 ビスホスホネート製剤，補液 原因製剤の調整・中止
難治性のせん妄	症状緩和 + 抗精神病薬
原因が複数 積極的なせん妄のコントロールを続けても改善が認められない場合 肺転移による低酸素血症	

9) せん妄へのケア

- ・睡眠覚醒リズムの回復 睡眠の確保, 日中の覚醒を促す
- ・見当識低下への支援 時計やカレンダーを置く/眼鏡, 補聴器を使う/適度な明るさを保つ
- ・コミュニケーションやはたらきかけ
ゆっくり簡明に, リハビリテーション
- ・安全への配慮 ルートが見えないようにする/24時間の持続点滴を避け日中のみにする/持続皮下注にする

Point むやみに拘束しない

身体抑制は, それ自体がせん妄の誘発促進因子である。抑制自体が患者や家族の苦痛の原因になる。重大な事故の危険性が高い, 救命のためにやむを得ない場合のような, 絶対に必要な場合以外は安易に用いない。

10) 家族に教育をする

- ① 家族にせん妄とその原因, 治療について説明し, 治療に関する同意を得て, 家族の不安を解く (とくに精神病や認知症になったのではないこと)
- ② 家族の苦労をねぎらう。休養を勧める
- ③ 家族が介護を抱え込みすぎでないか, 疲弊していないか確認する
- ④ 家族の積極的な関わりを促す。関わり方に関する不安を解く (側に親しい人がいるだけでも患者が安心すること, 幻視や妄想に無理に合わせなくてよいこと)

実践 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

- ・これは体の症状の一つであり, 呆けてしまったとか精神病になったわけはありません。「こころのもち方」とか「気が弱いから」出てしまう症状でもありません。あくまでも体の病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割から3割くらいの方が, この症状で困ったり, 悩んだりされます。決してまれなことではありません

実践 対応に関する説明

- ・ご家族の方もお疲れではないでしょうか。無理をせず, まず休んでください。心配なことがありましたら, 遠慮なくおっしゃってください
- ・まわりの様子がわからないために, 不安になったり, 混乱されたりすることがあります。慣れ親しんだものは, 混乱したなかでもしっかりとわかります。身近なご家族が側におられるだけでも安心されます
- ・つじつまの合わないことを話しかけられたりすることもあるかもしれませんが。そのときは無理に正したり, 話を合わせる必要はありません
- ・側において, 何をしていたかわからないとお困りになることがあるかもしれませんが。普段どおりに声をかけていただき, 足をさすったりしてくださるだけでも患者さんは安心されます

実践 オピオイドの使用に家族が不安を感じている場合

- ・がんで治療中の患者さんの場合, せん妄はいくつかの体調不良が合わさって出てくることが多いです。「麻薬」だけのせいで症状が出たわけではありません。オピオイドを減らすと痛みが出てしまい, かえって悪くなることがありますので, オピオイドはこのまま使用しながら, 治療を進めていきましょう。どうしても合わない場合には, オピオイドの種類を変えることで, 痛みを出さずに対応することができます

実践 治療の説明

- ・ 体に負担がかかって出てきた症状ですので、体の治療を進めながら、夜にしっかりと休んでいただけるように合わせて進めていきます
- ・ せん妄の症状は脳の機能不全から起きていますので、脳の伝達物質やホルモンの乱れを調整したり、神経を保護する薬を使って治療を進めていきます。治療を進めることで患者さんのつらさをやわらげることができます
- ・ 薬による治療を進めるにあたり、副作用はできるだけ出ないように少しずつ慎重に調整をしていきます。しかし、薬の効き方には個人差がありますので、時に効き過ぎて眠気が出てしまうことがあります。その場合には、すぐに薬の量を減らしたり、他の薬に切り替えることもします

11) モニタリングを実施する

以下の3点に注目し、せん妄重症度の継続的なモニタリングを行う。

Point

- ① 睡眠リズムが回復する
 - ・ 夜間に睡眠が確保できる
 - ・ 日中の意識レベルが上がり傾眠が減る
- ② 注意機能が回復する
 - ・ 会話が次第にまとまるようになる
 - ・ 夕方になっても不安が出なくなる
- ③ コミュニケーション能力が回復する
 - ・ 家族との会話に支障がなくなる
 - ・ 意向を担当医・病棟スタッフに話すことができる

症状管理：薬物療法**Point**

- ① 多くの場合抗精神病薬を用いた薬物療法の併用が必要になる
- ② 薬物療法は抗精神病薬単剤が基本である
- ③ ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入薬の単独使用はせん妄を悪化させる危険があるので避ける

せん妄は、薬理的には神経伝達物質の調節不全が疑われており、治療には抗精神病薬を用いる。

せん妄は不穏や興奮が目立つため、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系抗不安薬や類似の薬剤（たとえば、デバス®やレンドルミン®）を処方しがちである。しかし、抗不安薬や抗ヒスタミン薬は脳皮質活動全般を低下させ、せん妄を悪化させるために、単独では用いない。

せん妄に対しては、従来からハロペリドール（セレネース®）が頻用されてきた。ハロペリドール（セレネース®）は注射剤があり、投与経路の自由度が高い。経口投与が難しい場面もあり、その場合でも使用できる。しかし、錐体外路症状の発現率が10%程度と高い。

非定型抗精神病薬には、リスベリドン（リスパダール®）やオランザピン（ジプレキサ®）、クエチアピン（セロクエル®）、アリピプラゾール（エビリファイ®）、ペロスピロン（ルーラン®）などがある。リスベリドン、アリピプラゾールには液剤が、オランザピンには口腔内崩壊錠があり、嚥下障害がある場合でも比較的使いやすい（表4）。なお、メラトニン受容体拮抗薬であるラメルテオン（ロゼレム®）の眠前投薬によるせん妄予防効果も報告されている。

軽度のせん妄に対して、睡眠目的にトラゾドン（デジレル®）、レスリン®）を経験的に用いる。

薬剤の指示例

● 内服可能な場合

□ 非定型抗精神病薬

リスベリドン（リスパダール®）錠（1mg）1回1錠 1日1回寝る前

【注意】

- ・ 0.5～2mgから開始する。維持量は0.5～4mg。夕方以降に投薬をまとめることが多い。
- ・ 腎機能障害時の投薬は減量する（活性代謝産物が腎排泄である）。

オランザピン（ジプレキサ®）（2.5mg）1回1錠 1日1回寝る前

表 4 抗精神病薬一覧

	定型抗精神病薬		非定型抗精神病薬			
	ハロペリドール	クロルプロマジン	リスベリドン	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール
商品名	セレネース®	コントミン®	リスバダール®	セロクエル®	ジブレキサ®	エビリファイ®
投与経路	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口	経口	経口	経口
初回投与量	0.75-5mg	10-25mg	0.5-1mg	25-50mg	2.5-5mg	3-6mg
常用量	0.75-10mg	10-50mg	0.5-4mg	25-100mg	2.5-10mg	12-24mg
半減期	10-24hr	10-59hr	4-15hr	3-6hr	21-54hr	40-80hr
代謝	肝	肝	肝	肝	肝	肝
代謝酵素	CYP2D6, CYP3A4	CYP2D6	CYP2D6	CYP3A4	CYP1A2, CYP2D6	CYP3A4, CYP2D6
活性代謝産物	-	+	+	-	-	+
作用特性						
鎮静作用	低	高	低	高	高	ほとんどない
抗コリン作用	低	高	低	低	低	低
降圧作用	低	高	低	低	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低	低	低
その他	標準的薬物	治療効果に対するエビデンスは同等	活性代謝産物の排泄が腎のため腎機能障害時には減量して使用	パーキンソン病のせん妄に対する第一選択薬	口腔内崩壊錠がある	鎮静作用がほとんどない
	投与経路が広い					

【注意】

- ・ 2.5 ~ 5mg から開始。維持量は 2.5 ~ 20mg。
- ・ 鎮静作用が比較的強いので過鎮静に注意する。
- ・ 口腔内崩壊錠があり、嚥下が難しい場合でも使いやすい。
- ・ 難治性嘔吐に有効であるとの報告がある。
- ・ 糖尿病に禁忌。

クエチアピン (セロクエル®) (25mg) 1錠 1日1回 寝る前

【注意】

- ・ 12.5 ~ 25mg から開始。維持量は 12.5 ~ 200mg。
- ・ 鎮静作用が比較的強い。

- ・ 半減期が短く (3 ~ 6hr) 残りにくい。
- ・ 糖尿病に禁忌。

●内服が困難な場合

ハロペリドール (セレネース®) (5mg) 1A + 生食 50ml
1日1回 寝る前 30分から1時間かけて点滴静注

【注意】

- ・ 消化管閉塞や悪心・嘔吐, その他経口が困難な場合, 興奮が著しい場合にやむを得ず非経口投薬を考える。
- ・ 高力価抗精神病薬が基本である。
- ・ 経静脈投与が困難な場合には, 皮下注や持続皮下注を用いることもある。

- ・不整脈に注意して施行する。施行前に ECG の確認が望ましい。
- ・患者への負担を考慮して皮下注を用いる。血中濃度の立ち上がりは同等といわれ、あえて筋注を選択するメリットはない。

* 抗精神病薬単剤で精神運動興奮が治まらない場合、睡眠覚醒リズムが回復しない場合、やむを得ずベンゾジアゼピン系薬剤を併用する

ハロペリドール (セレネース®) (5mg) 1A +
フルニトラゼパム (ロヒプノール®) (2mg) 0.5A + 生食 100ml
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注 (入眠後中止)

【注意】

- ・せん妄の遷延を予防するために必要最小限用いる。
- ・呼吸抑制に注意する。

* 興奮が著しく他の方法がない場合、やむを得ずフェノチアジン系抗精神病薬を用いることがある

クロルプロマジン (コントミン®) (10mg) 0.5-1A + 生食 100ml
(保険適用外)
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注

【注意】

- ・少量から開始し漸増する。
- ・血圧の変動に注意する。
- ・抗コリン作用がありせん妄の増悪を招くことがある。くり返し症状評価を行い、改善が乏しい場合には他剤を考慮する。

低活動型せん妄への対応

- ・低活動型せん妄は昼夜を通じて反応に乏しく、自発性も低下しており、一見すると元気がなく見える (うつ病と間違えやすい)
- ・声をかけて見当識をたずねると、時間・場所がわからないことでせん妄と判断できる
- ・過活動型せん妄と同様に、高力価の抗精神病薬を用いて対応する。しかし、反応は概して低い。その場合に、ペモリン (ベタナミン®) や塩酸ドネペジル (アリセプト®) を用いることがあるが、評価は定まっていない



自発的な活動が減るため、医療者からの積極的な働きかけが重要である

- ・意識的にコミュニケーションを働きかける
- ・セルフケアレベルを評価し、促す

終末期せん妄

せん妄のなかには、原因が不可逆的であったり、複数の因子が関係しているために、完全な回復を期待することが困難な場合がある。多くは死の過程に重なることが多く、このような状態を総称して終末期せん妄と呼ぶことがある。



以下の条件を満たす場合に終末期せん妄といわれることが多い

- ・原因に対する直接的な対応を実施
- ・標準的な抗精神病薬による治療を実施しても反応しない
- ・せん妄の要因も不可逆的

終末期せん妄であっても、妄想や幻覚から患者にとり苦痛を伴う体験であり、適切な対応が必要である。しかし、注意力の回復を目標にして薬物療法を実施すると、抗精神病薬の薬効よりも鎮静作用が前面に出てしまう場合がある。そのような場合には、包括的なアセスメントをチームで行い、治療の目標を引き下げ、部分的な症状の緩和を目指し、注意力の回復から睡眠覚醒リズムの維持に移すことを検討する。



完全にせん妄症状を取ることから、不眠や幻視の苦痛をできるだけ取り除くとともに、日中は不完全ではあっても家族とコミュニケーションが維持できるように調整する

Do 終末期せん妄への対応

家族に見通しを伝える

今後コミュニケーションが困難になる可能性があることを説明し、家族と医療者が目標を共有できるように調整する



実践 終末期せん妄への対応

- ・患者さんとお話できる時間が少しずつ短くなっていくかも知れませんが
- ・患者さんにとって少しでも苦しまずに過ごせるように支えていきたいと思えます
- ・ご家族もお疲れではありませんか。無理をせずに休める時に休んで下さい

文献

- 1) 日本精神神経学会（日本語版用語監修）. 高橋三郎／大野 裕（監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. p.588, 医学書院, 東京, 2014.
- 2) Massie MJ, Holland J, Glass E : Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 140 : 1048-1050, 1983.
- 3) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer ; a prospective study. Arch Intern Med 160 : 786-794, 2000.
- 4) Breitbart W, Lawlor PG, Friedlander M : Delirium in the Terminally Ill. "Handbook of psychiatry in palliative medicine" Chochinov HM, et al ed. 2nd ed. pp.81-100, Oxford University Press, New York, 2009.

[小川朝生]

8. 認知症への対応

わが国において、2012年に65歳以上の老年人口は3,079万人となり、全人口の24%を占めるにいたった¹⁾。認知症は、高齢者の合併疾患の一つとして重要である。2020年には500万人を超えるとも予想される。

認知症自体がセルフケアの障害を通してリスク因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応が必要となり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する。

高齢者の治療を実施するにあたっては、がんの診断のみならず、身体機能評価、精神機能評価、社会的機能評価をふまえて対応にあたることが重要である。



- ① わが国では、世界に先駆けて超高齢化社会を迎えた。今後認知症を合併したがん患者も増加すると見込まれる
- ② 一部に認知症があると緩和ケアができないとの誤解がある。英国の緩和ケアが悪性腫瘍における認知症のケアの方針を大きく変えたことが示すように、認知症および認知機能障害は緩和ケアでは避けて通れない問題である
- ③ 認知症の症状には、中核症状と随伴症状がある。その発症機序を理解して対応することが、ケアの基本となる

認知症とは何か

一般的に認知症というと、「もの忘れがひどい状態」とみなされることが多い。しかし、認知症において「もの忘れ」はその症状の一部でしかない。

認知症の定義をみると、表1のようになる。



表1 認知症 (DSM-5)

- A. 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
 - (2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を障害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段の日常生活動作に援助を必要とする）
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）

(文献2)より)

簡単にまとめると、

認知症とは「成長する過程で獲得されたあらゆる知能が、脳が器質的な障害を負うことによって、回復不可能な形で損なわれてしまった状態」

ということになる。

この定義を見ると、認知症のあらゆる問題は、脳の障害であるから解決困難であると考えたくなってしまいます。事実、徘徊や妄想、不潔行為などさまざまな症状を、向精神薬を用いてコントロールすることが認知症の治療と捉えられがちなることもある。

しかし実際、これらの症状は、医療者からの働きかけや対応のしかたで劇的に変わることが知られており、医療者のアセスメントの技量はその結果を左右する。すなわち、患者の精神心理的な反応が症状を修飾している面が大きい(図1)。つまり、認知症患者がどのようなハンディキャップを負っているのか、認知症患者とのコミュニケーションは、患者の世界の捉え方の癖を知り、コミュニケーションをとることにより、大きく進めることが可能である。

認知症の症状

認知症＝「もの忘れ」の印象が強いが、記憶障害が問題としてあがることは意外に少ない。認知症のケアで問題になるのは、意欲の低下や、怒りっぽい、不安が強いなどの性格変化、不眠など、広く不定愁訴としてまとめられることが多い。

認知症の症状は大きく2つに分けられる。

認知症の症状

- ① 中核症状：記憶障害、実行機能の障害など神経変性に伴う症状
- ② 認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) : 不穏、徘徊、幻覚、妄想など

認知症のケアでとくに重要になるのは、BPSDへの対応である。BPSDは、認知症の中核症状を基盤に、環境や対人関係などさまざまな要因が重なって出現する症状である。BPSDは患者自身に苦痛を強いるのみならず、介護者の精神的負担にもなる。BPSDは環境調整や働きかけなどの非薬物療法により症状が改善することが明らかになっており、適切な対応が重要である(図1)。

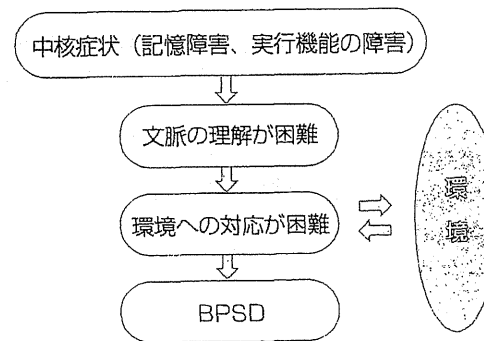


図1 認知症の症状

○ がんの臨床で注意しなければならない点

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症があることにより、まず症状の自覚が遅れがちになる。また、セルフケアの障害を通してリスク因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応が必要となったり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある³⁾。

Point 認知症の影響

- ① 抗がん治療の問題
 - ・ 診断が遅れる（進行期での発見が多い）
 - ・ 意思決定が困難になる
 - ・ セルフケアが困難になる（有害事象の発見が遅れる）
 - ・ 合併症の増加
- ② 精神症状の問題
 - ・ せん妄のリスク因子
 - ・ 抑うつ状態のリスク因子
- ③ 家族の介護負担

○ 認知症への対応を考える

認知症の症状（とくにBPSD）への対応を考える。BPSDは多様な背景から出現する症状であるので、本人の身体状態、行動パターン、環境要因、介護者との関係など背景を一つ一つ検討することが必要になる。対応方法の流れとアプローチのポイントを図2に示す。

1. 認知症の病型を確認する

認知症の病型を理解することによって、どのような症状（中核症状、BPSD）が出現しやすいのか、その出現する背景を理解できるようになり、対策が講じやすくなる（表2）。

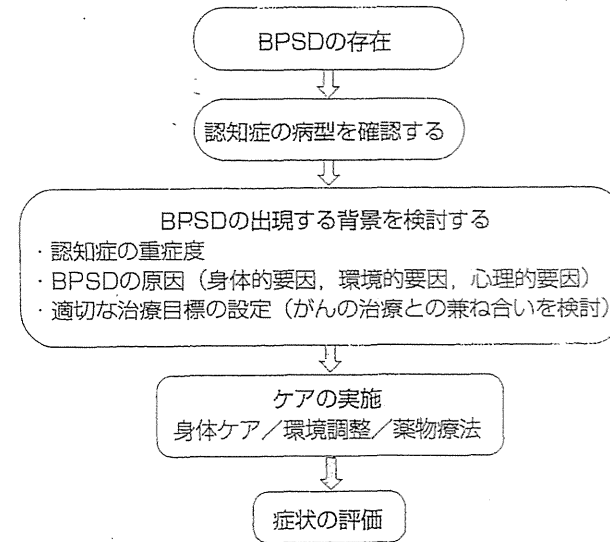


図2 認知症への対応の流れとアプローチのポイント

2. BPSDの出現する背景を検討する

BPSDの出現する背景を明らかにするために、次のポイントをおさえて評価する。

Point BPSDへの対応

- ① 対象とするBPSDを明らかにする
（介護者と相談して問題を明確にする）
- ② 対象とするBPSDについての情報を集める
（頻度や時間、起こりやすい場所、誰といたかなど）
（1～2週間記録する）
- ③ 対象とするBPSDが起こった前後の状況を明らかにする
（引き金となる要因を特定する、複雑な要因を明らかにして介入につなげる）
- ④ 現実的な目標を決めて計画を立てる
- ⑤ 目標を成し遂げた場合、介護者などにフィードバックをする
- ⑥ 継続的に評価をし、計画を修正する

表2 認知症の病型

	発症のメカニズム	障害部位	中核症状	周辺症状	ケアのポイント
アルツハイマー病	アミロイドβ蛋白の脳内沈着が原因となつて、神経原線維変化が生じ、神経細胞死にいたる	側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる	記憶障害：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 見当識障害：時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は昼と夜を間違え、夜中に両戸を開けたりすることで気づかれる。次第に道に迷うようになる 実行機能障害：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	抑うつ、意欲の低下：実行機能の低下に伴って、作業の負荷が大きくなるなどの環境要因と神経細胞の脱落という器質的な要素がからむ 妄想：物盗られ妄想が多い（物をどこかにしまい、しまった場所がわからなくなる。そうなると、身近な介護者が盗んだと確信して責める） 徘徊 失禁	認知症の進行を遅らせる塩酸ドネペギルの使用 周辺症状（意欲の低下、妄想、徘徊、失禁）などの行動障害が出現するメカニズムを発見し、その対処をする
血管性認知症	脳血管障害に関連して出現した認知症を総称する	梗塞・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる	情動の変動：気分の変化（怒りっぽくなる、ちょっとしたことで泣く）が生じやすい 覚醒レベルの変動：1日や数日のなかで意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい 記憶障害：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 実行機能障害：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	意欲の低下、抑うつ：梗塞・出血に関連した脳機能の低下 人格の先鋭化：人格の特徴がより強く出てくる。慎重な性格が頑固で融通の利かない人格へ、マイペースな性格が自己中心的な人格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	梗塞・出血に関連した神経症状への対応（嚥下困難、片麻痺など） 安定した環境の提供 せん妄の予防と対処
レビー小体病	αシヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、神経細胞死を誘導する	後頭葉を中心とした症状（幻視）から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる	覚醒レベルの変動：1日のなかで意識レベルの変動があり、注意力の障害が出る。せん妄を生じやすい 幻視：鮮明でありありとした幻視が出やすい パーキンソン症状：前傾姿勢やすり足歩行、姿勢反射障害、固縮などが出やすい 抗精神病薬への過敏性：少量でもパーキンソン症状や過鎮静が生じやすい	抑うつ・不安：病初期には記憶障害や幻視に先行して、意欲の低下や抑うつ気分、不安焦燥感で受診する場合がある パーキンソン症状：突進歩行、転倒	抑うつ・不安への対応：環境調整や薬物療法を行う 幻視に対しては、塩酸ドネペギルを使用 せん妄に対しては、パーキンソン症状の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭側頭葉変性症	3リピートタウの蓄積が関係	前頭葉から側頭葉にかけての機能障害	常同行動：同じ言動を日課のようにくり返す 脱抑制：欲求のコントロールが難しくなり、周囲への配慮が欠ける言動が増える 注意力障害：注意の転導性亢進、集中維持が難しくなる。ちょっとした周囲の刺激に反応してしまい、作業を続けることが難しくなる	被影響性の亢進：外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉を発する（オウム返し）がでる 自発性の低下、感情の平板化：進行すると無関心が目立ち始め、最終的には意欲も低下する	常同行為による時刻表的な生活をうまく利用する。外界からの刺激を少なくするように調整して、同じ時間に同じ職員が同じ対応をとれるようにする

認知症の病型

認知症の病型

3. BPSDへの介入

BPSDのなかでとくに問題となる症状は、興奮と粗暴な行為、徘徊である。急にBPSDの症状が出現した場合にまず考えなければならないのは、急性の身体疾患と環境の負荷である。介護者が気づいていない疼痛が興奮の原因になることはしばしばある。主なポイントをまとめる。

負担の軽減	慣れ親しんだ行動をする 選択の範囲を狭めて混乱を防ぐ 休憩をとる 負荷が加わったときは刺激を避ける 身体的な負荷・不快な感覚がないかさぐる (疼痛, 尿意, 空腹, 口渴)
配慮をした声かけ	丁寧な会話 はっきりとわかりやすい言葉 ノンバーバルな表現にも注意を払う
行動の評価	不安の初期症状をモニタリングする (歩き方, 歩くスピード, 顔をしかめる) 行動がエスカレートする前に早期に対応する
介護者に「行動を読む」ように教える	言葉のパターン(常同言語など)や行動(探索するような行動)をみて, 患者がストレスをどのように減らそうとしているのかを探る
環境調節	安全を確保する 方法やとっかかりをわかりやすくする 見当識がつきやすい工夫をする
介護者を常に支援する手段を用意する	介護者の教育・ニーズを把握する

④ 評価・対応の流れ

1. 認知障害を引き起こす可逆的な因子があれば、積極的に対応を進める。
2. 適切なサポート(家族支援, 介護保険の利用の有無)があるか確認する。
3. 理解力が不十分でありインフォームドコンセントに支障がある場合には、担当医に伝えて対応を相談する。家族に情報を伝え、対応を相談する。

表3 認知障害のパラメータと評価

パラメータ	評価
機能	日常生活動作(ADL) (食事, 更衣, 排泄, 整容, 移動, 入浴) 手段的日常生活動作(IADL) (乗り物の利用, 金銭管理, 服薬, 買い物, 食事の支度, 洗濯, 家事, 電話) 全身状態(PS)
併存症	合併症の数 合併症の重症度
社会経済的問題	生活状況 介護者の有無 収入 交通機関へのアクセス 経済的問題
老年症候群	認知症 うつ病 せん妄 転倒 骨粗鬆症 虐待 自律性の喪失 持続的めまい
多剤投与	投薬数 薬物間相互作用
栄養	栄養学的なリスク

(文献4)を改変)

4. 症状管理を行う。

- a) 薬物療法: 認知改善薬 塩酸ドネペジル(アリセプト®)など
行動障害に対して、抗うつ薬, 抗精神病薬を併用する。薬物療法の調整は総合的な判断を必要とする場合が多く、認知症に通じた精神科医と相談しながら進めるのが望ましい。
- b) 身体症状のアセスメントを行う。とくに疼痛は自己評価が得にくいので、客観的な情報を広く集める。
- c) 介護保険を含め、患者・家族への支援体制を構築する。
- d) 介護者への支援・教育を行う。とくに、抗がん治療に関連するセルフケアについては、担当医との連携を密にとる。

○ 家族のケア

1. 家族の気持ちをたずね、理解することから始まる

がん治療に加えて認知症に関する問題が加わると、二重のステイグマを負わされる家族の精神的負担は非常に重い。多くの家族は自責感や罪悪感、悲しみ、患者への怒りなど、混乱し疲弊した状態になる。

まず家族の心身の状態をたずね、理解することから始まる。家族の苦しみや悲しみをまずたずね、介護の労をねぎらうことから始めたい。

2. 家族に安心感を取り戻していただける働きかけを行う

大事なことは、「患者が落ち着くためには、まず周りの家族がゆとりを取り戻すこと」であり、心身の休息とともに今後の家族の負担を最大限取り除くための調整を進める。



家族への助言のポイント

- ① 介護の問題を一人で抱え込まないこと
- ② 介護者の自分自身の時間をもつこと
- ③ 介護者が全てをしようと思わないこと
- ④ 自分自身を責めないこと

文献

- 1) 財団法人日本統計協会：国民衛生の動向 2013 年，2013.
- 2) 日本精神神経学会（日本語版用語監修）. 高橋三郎／大野 裕（監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. p. 594, 医学書院，東京，2014.
- 3) Raji MA, Kuo Y, Freeman JL, et al : Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. Arch Intern Med 168 : 2033-2040, 2008.
- 4) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Senior Adult Oncology V.1, 2009.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/senior.pdf

[小川朝生]

専門家をめざす人のための

緩和医療学

編集

日本緩和医療学会 JSPM



南江堂

B 緩和ケアにおけるコミュニケーション	287
C 対応が難しい場合のコミュニケーション	289
D 家族とのコミュニケーション	291
E 医療従事者間のコミュニケーション	292
3. 社会経済的な問題と支援	295
A 社会経済的な問題	295
B 社会的な問題とその支援	296
C 経済的な問題とその支援	299
D 社会資源の活用	300
4. スピリチュアリティとスピリチュアルケア	304
A QOLと価値観	304
B 病いの体験	305
C スピリチュアリティとスピリチュアルペイン	306
D スピリチュアルケア	308
5. 家族ケアと遺族ケア	313
<家族ケア>	313
A がん患者家族になるということ	313
B 家族への対応	316
<遺族ケア>	317
A がん患者遺族になるということ	318
B 遺族への対応	319
6. 医療従事者の心理的ケア	322
A 医療従事者の心理的問題	322
B 医療従事者の心理的ケアの方法	324



第IV章 教育・研究

1. 教育	330
A 緩和ケア教育の類型化	330
B 卒前教育	330
C 卒後教育—基本的緩和ケアの教育—	331
D 専門教育	333

医療従事者の心理的ケア

医療従事者の心理的問題

1. 緩和ケアにおけるストレス

がん患者のケアをする医療従事者の抱えるストレスは、医療従事者自身のメンタルヘルスを維持するうえでも、良質なチーム医療を提供するうえでも常に留意しておくべき重要な問題である。がん医療に携わる医療従事者は、がんという疾患の持つ死亡率の高さ、医療の進歩に伴い複雑化する医療技術への適応、社会一般からの高い関心などにより職務を遂行するうえで常に緊張を強いられる。また、がんの進行とそれに伴う著しい心身の衰弱、緩和困難な種々の難治症状(神経障害性疼痛、呼吸困難、倦怠感、終末期せん妄)など、がん医療特有の問題に直面する。さらに、がんの診断とその告知に始まり、再発、転移、副作用などの説明や、治療法の選択の提示、告知やこれらに伴って発現する患者の怒りや抑うつ、不安、依存をはじめとする多様な心理的対応への対処など、医療従事者は複雑で困難な状況に置かれた患者と良好なコミュニケーションをとることを求められる。さらに終末期においては、患者の死にも直面する。また、患者の死に伴う家族の悲嘆への対応など、様々な難しい問題がその職務に含まれるのである。

このようなストレスから生じる精神心理的問題に燃え尽き(burnout)がある。本項では、医療従事者のストレスと燃え尽きについて解説する。

2. ストレスの機序

ストレスとは、人間と環境との関係において、ある状況がその人の持っている能力や資源に負担をかけたか、幸福を脅かしたりすると評価された状態と定義されている¹⁾。またストレス状態とは、①ストレスの原因となっている状況や出来事を示すストレスラー、②

ストレスラーに対する人の認知過程、③認知の結果として生じるストレス反応、の3つの段階によって構成されている。

一方、目の前にあるものや、起こっている出来事が同じであっても、人によって捉え方は様々である。たとえば「カンファレンスで先輩医師から、難しく答えることのできない質問をされた」という状況を挙げてみる。この状況に対して、「初めて担当する病気だから、知らないこともある」、あるいは「思いもよらない質問だったので、とても勉強になった」、「次は答えられるようにしておこう」と捉えた場合には、その人はそれほどストレスを感じないかもしれない。一方で、同じ場面であっても、「やっぱり自分はダメだ」と捉えたり、「できないやつだと昔が思っているに違いない」、「これでも希望の科には入れてもらえなくなる」などと捉えた場合は、強いストレスを感じ、それに起因するストレス反応が生じるであろう。つまり、同じストレスラーにさらされている、個人の捉え方によって、ストレス反応が生じるかどうかは異なる。このような、日常場面で生じる個人の捉え方(考え方)を、「認知」と呼ぶ²⁾。

困難な状況やストレスラーに会ったときに、個人がとる対処方法や問題解決方法のことをコーピングと呼ぶ³⁾〔第3章-1.心理的対応-B.コーピング(対処)〕参照)。コーピングには、大きく分類すると、問題焦点型コーピングと情動焦点型コーピングがある。問題焦点型コーピングとは、実際に問題に対応する行動を起こすことである。たとえば前述のカンファレンスでの状況に対して、「カンファレンスでわからなかったことを自分で調べたり、指導医に聞く」、「自分の仕事をリストラし、優先順位をつけて行動する」といった対処法は、問題焦点型コーピングにあたる。一方で、情動焦点型コーピングとは、気持ちを切り替えることや不快な情動を緩和することで問題に対処するやり方である。

ストレスを緩和する認知的な要因として注目されて

燃え尽きに関連する症状	
身体面	疲労
	心身の消耗
	頭痛
	消化器症状
	体重減少
精神面	睡眠障害
	高血圧
	不安感、焦燥感
	抑うつ
	意欲の低下、集中力・決断力の低下
職業上・社会的な面	無力感
	アルコールや睡眠薬などへの依存
	患者に対する思いやりが持てなくなる
	同僚やチームメンバーへの寛容性が面倒になる
	批判的になる
職業上・社会的な面	良好な人間関係が築けない
	転職、離職
	仕事の効率の低下
	医療従事者-患者関係の悪化、ケアの質の低下

いるものの1つに、セルフ・エフィカシーがある。セルフ・エフィカシーとは、Banduraの提唱した概念であり、「自分にはこれだけのことができるのだ」という主観的な自分自身の能力と、その結果に対する判断を示す⁴⁾。ストレス場面を考えると、問題解決のための行動に対して、高い自信、すなわちセルフ・エフィカシーを持つことができた場合、実際に積極的な問題解決に取り組むことができ、結果としてストレスが緩和されることになる。

3. 燃え尽き

前述したように、ストレスラーを個人がどのように認知するかによって、その後のストレス反応は変わってくる。ストレス反応には、情動的反応、行動的反応、身体的反応の3つの段階がある。ストレス反応が継続した結果生じるものとして、しばしば取り上げられるものの1つに燃え尽きがある。

燃え尽きは、対人関係を扱う専門職におけるメンタルヘルスで注目されるようになった概念である。燃え尽きにはいくつかの定義があるが、代表的なものに「人に援助する過程で、自らの理想を持って熱心に取り組んだが、自分の努力は報われずに終わったことよってもたらされる疲弊のありさま」⁵⁾、「援助活動を行ううちに精神的活力を使い果たしたために起こる症候群

で、心身の極度の疲労と感情の枯渇、自己嫌悪、思いやりの喪失などを伴う」⁶⁾などがある。

現在では、Maslachの定義に基づき、医療従事者に認められる燃え尽きを、「長期間にわたり患者に援助を行う過程で、心理的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇をきたすことを主とする症候群」と定義することが多い。

① 症状

燃え尽きは主に、①情緒的消耗(emotional exhaustion: 心身ともに疲れてきた)、②脱人格化(depersionalization: 同僚や患者に対する細かい気配りがおっくう、面倒になる)、③個人的達成感の低下(sense of low personal accomplishment: 自分は何のために仕事をしているのかわからなくなる)、の3つの症状から構成される。一般的に、燃え尽きが進行するにつれて、①から③へ症状が加わる。

燃え尽きに関連する症状を表1にまとめる。

② 有病率

がん専門病院で働く医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・事務職員を対象とした調査の結果、各群とも燃え尽きを呈する割合は高く、一般的には看護師に最も多くみられる⁷⁾。がん医療に携わる医療従事者の燃え尽きに関する系統的レビューでは、研究によ

医療従事者のストレスに関連する要因		
生活に関連する要因	仕事に関連する要因	仕事の内容
少ない身体活動	患者と関わる時間が長い	仕事への適応がよくない
少ない社会活動	家族との関わりが強い	仕事に対する満足感が低い
少ない趣味の時間	コミュニケーションスキルに対する自信の欠如	医療チームのスタッフが少ない
少ない余暇時間	感情喪失(怒りや不満など)の強い患者への対処	研究への興味が低い
少ない心理的サポート		治療決定への関与が低い

(文献6より引用改変)

りばらつきは大きいものの、燃え尽きの各症状において、情緒的消耗の有症率は36% (95%信頼区間: 31~41%)、脱人格化34% (30~39%)、個人的達成感の低下25% (16~34%)とされており⁹⁾。他の領域とはほぼ同等であった。

⑩ 燃え尽きにより生じる問題

燃え尽きは、医療従事者個人の心身の状態に対してのみならず、患者に対するケアにも悪影響を及ぼす。医療従事者個人に対しては、疲労感や頭痛などの身体症状や、不安や抑うつ、不眠などの精神症状に加え、アルコールや睡眠薬をはじめとした薬物への依存に関係することが知られている。患者に対するケアに関しては、医療従事者が燃え尽きに陥ることで、ケアが機械的となり、ケアの質やひいては医療安全の低下にもつながる⁷⁾。また、長期欠働や離職率の高さ、生産性の減少などと関連しているとも指摘されている⁸⁾。さらに、燃え尽きは、鎮静や安楽死を支持する医療従事者の背景因子の1つとしても抽出されている^{9,10)}。

⑪ 燃え尽きの関連因子

燃え尽きの発症に関連する要因として、いくつかの因子が報告されている(表2)⁹⁾。

医療従事者の心理的ケアの方法

1. 個人と職場環境に関する6要素

医療従事者のストレスをマネジメントしていくためには、1つの決まった方法が存在するわけではなく、対象者の状況や特性に合わせて、様々な方法を組み合わせて柔軟に対応していくことが重要である。その際には、認知の変容、ストレッサや問題解決、セルフ・

エフィカシー、ソーシャルサポートといった心理学的な概念を介入のターゲットとして活用するとより効果的である。

近年では医療従事者のストレスを、個人と職場環境に関する6つの要素におけるギャップで評価することが多い。個人と職場環境とのギャップが大きければ大きいほど、燃え尽きの症状を呈しやすと考えられている。この6つの要素には、①仕事負荷、②コントロール、③報酬、④コミュニティ、⑤公平性、⑥価値観が含まれる¹¹⁾。

1) 仕事上の負荷(workload)

過度の仕事上の負荷は、個人を疲労させる。過度の負荷は昔よりがん医療において問題として指摘されてきた。2/3の医療従事者が、個人の時間が十分にとれなかったり、休暇がとれないことを燃え尽きのリスクとして挙げている。また1/3が燃え尽きは患者ケアに影響を与えると答えた。また、患者との十分なコミュニケーションがとれないことによる信頼感の欠如も燃え尽きに関連することが報告されている。さらに、過度な負荷は家庭生活にも影響を与え、情緒的な消耗の原因にもなる。

2) コントロール

コントロールは効力感や脱人格化と関連する。個人が自分の仕事をコントロールしている実感が持てず、仕事に関する意義を感じられない場合にギャップが生じやすくなる。

3) 報酬

報酬は金銭的な報酬と、社会的報酬の二面がある。医療における難しいコミュニケーションに起因する問題は、しばしば社会的報酬の低減と関係する。

4) コミュニティ

職場において他の医療従事者と良好な関係を築けないときにギャップが生じる。喜びや快楽感、幸福感を他の者と共有できる場合にソーシャルサポートが得ら

れるが、一方では、対人関係上の問題も大きくなることが報告されている。

5) 公平性

仕事場における評価に関して、しばしば不公平が生じることがある。評価の公平性は、お互いの尊重と自尊心に強く関係する。

6) 価値観

人はしばしば仕事のうえで、自分自身の価値観にそぐわない業務を行わなければならない場合がある。組織が求める目標と個人の目標が大きく異なる場合に、価値観の対立が生じ、ケアの質が低下したり、職場のモラルが低下する場合がある。

ストレス要因に対応した対人関係に注目した介入方法が開発されつつあるが、燃え尽きを予防するうえで有効性が示された介入方法は現時点では存在しない。コクラン・レビューでは、ヘルスケア領域の職場ストレスの予防について、個人や業務に直接働きかけるような効果的な介入方法に関してのエビデンスは限られていると結論されている¹²⁾。

2. 認知を変容させるアプローチ

ストレス状況において、「自分はなんて駄目なんだろう!」「いつもうまくいかない!」といったネガティブな認知をすることで、ストレス反応として気分の落ち込みが生じる。という流れについては前述した。そして、その結果、仕事に十分注意が払えなくなってミスが増えたり、仕事に向き合うのがつらくなり研修会を休む、といった回避的な行動をとったりすることで、ますます「自分は駄目だ!」と考えがちになる。という悪循環に陥る人は少なくない。

そこで、個人の認知を変えるアプローチをとることで、ストレス反応を生じにくくし、悪循環が起ころないように予防することが可能といわれている。たとえば、「自分は駄目だ!」という認知が生じた場合でも、「いや、いつもだめなわけじゃない。×××のときはうまくいったのだ!」と捉え直したり、「誰でも失敗はするものだ!」「今までも何と乗り越えてきたから、これからも大丈夫!」といった言葉を自分に向け、より適応的な認知に修正していくことで、多くの場合、気分の落ち込みの度合いは軽減され、悪循環を予防できる。このように、具体的な行動をとるタイプのストレス対処とは異なり、個人の認知を変えることでストレス対処は可能であり、近年こうしたアプローチも試みられている。

3. 問題解決技法

日常の様々な問題やストレスに対して、解決策の選択肢を見つけ、その中から最も有効な手段を見出すというプロセスのことを、社会的問題解決と呼ぶ¹³⁾。ここでの問題とは、何らかの障害により、自分がそうありたいと思う状態と現在の状態が一致せず、効果的な解決策がとれない状態のことをいう。そして、効果的な解決策とは、メリットが最大でデメリットが最小となるように問題に対処するやり方のことである。

D'Zurilla と Goldfried は、社会的問題解決のプロセスについて5段階のモデルを示し、①問題をどのように捉えるかという問題志向性の段階、②問題を明らかにし、目標をどう設定するかという問題の明確化の段階、③解決策をどのように考え出すかという解決策の産出の段階、④どのように有効な解決策を選択するかという意思決定の段階、⑤実行した解決策が成功したか否かをどのように評価するかという解決策の実行と評価の段階、とした¹⁴⁾。第一段階では、問題に対する態度をみる。第二段階では、その人にとっての問題を特定し、望ましいアウトカムを現実的な目標として設定する。また、第三段階では、3つのルールに従って設定する。ただで多く解決策を考える。3つのルールとは、解決策の善し悪しを考えずにとにかく多くの解決策を考える「数のルール」、解決策の実際の効果の判断を後回しにする「判断後回しのルール」、一般的な戦略を立てると同時に具体的な戦略についても考える「戦略-戦略の手続き」である。第四段階では、メリットとデメリットを分析し、最もメリットが大きく有効な解決策を選ぶ。最後の第五段階では、解決策を実行し、結果をチェックし、それが満足いくものであったかを評価し、自己強化を行う。

4. ソーシャルサポートの強化

ある個人がある時点で他者から得ている有形無形の援助のことを、ソーシャルサポートと呼ぶ¹⁵⁾。ソーシャルサポートは大別すると、道義的サポートと情緒的サポートに分けられる。道義的サポートとは、アドバイスや具体的手助けなどであり、情緒的サポートとは、励ましや共感といった気持ちの面での援助である。

ソーシャルサポートを得やすい人や、実際に多く得ている人は、そうでない人に比べて、ストレスにさらされた際により良好に対処できるといわれている。よって、医療従事者のストレスマネジメントにおいては、ソーシャルサポートの有無やその質は非常に重要であ

る。職場でのソーシャルサポートを例に挙げれば、担当患者との関係で悩んでいるときに、上司や同僚から自らの努力をねぎらわれたり、関係改善に役立つような工夫や資料を紹介してもらったりといったソーシャルサポートを得ることで、「しんどいけれど、自分はよく努力しているし、周りはわかってきている。何とかやっけていける」と思える、といったことである。こうしたやりとりは、医療現場でしばしば起こっているであろう。また、職場の外でも、心身の負担の高い職務の後に、家族や友人と食事をして落ち着いた時間を過ごすといったソーシャルサポートを得ることで、ストレス反応が緩和され、「また明日も頑張ろう」と思えることなどは、その一例である。

5. 介入プログラム

前述の認知を柔軟させるアプローチや問題解決技法、ソーシャルサポートの増強といった方法を統合的に組み合わせて行うのが、ストレスマネジメントである。医療従事者に対するストレスマネジメントのためのプログラムの目的は、予防的にストレスに対する効果的な対処方法を身につけることである。すでに燃え尽きを発症してしまった医療従事者に対しては、一般的な精神医学的な治療、カウンセリングなどの臨床心理学的介入が必要である。本項では予防的な目的で用いられるストレスマネジメントのプログラムについて紹介する。

まず、ストレスマネジメントのための介入は、主に前述したストレス過程の認知に対して働きかけを行い、その修正を試みるものである。ストレスマネジメントプログラムは、ストレス過程に対する理解を深めるような心理教育的介入、認知的枠組みの修正を行う認知行動療法的介入、自律訓練法や漸進的筋弛緩法などのリラクゼーショントレーニングなどによって構成されている場合が多い。

海外における介入プログラムの具体例

海外では、医療従事者に対するストレスマネジメントプログラムに関する研究がいくつか行われている。たとえば、76例の看護学生を対象に、ストレスマネジメントトレーニングが行われている¹⁵⁾。対象者の不安と抑うつをターゲットにして、認知の柔軟の促進、リラクゼーショントレーニングを含む介入を週2回、50分のグループで行った。その結果、介入群とコントロール群を比較して、不安と抑うつが有意に改善されていたと報告されている。

職場環境の改善を目指した介入

ストレス要因に対応した対人関係に注目した介入方法が開発されているが、燃え尽きを予防するうえで有効性が示された介入方法はいまだにない、その途上である。

海外においては、マインドフルネスの理論に基づいたストレス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction)をがん領域で勤務する看護師を対象に施行した報告がある。

なお、医療従事者に限らず、一般に多くの企業組織で職場の人間関係が職員のストレスになっている可能性が問題になっている。いわゆる「不機嫌な職場」問題は、医療従事者の職場でも考慮する必要がある。この対応については戒書を参照されたい。

コミュニケーションスキルトレーニング

がん領域において、医療従事者は病に苦しみ死の過程にある患者とその家族とコミュニケーションをとり続けなければならない。従来、医療従事者はそのような患者や家族に対して共感を示し、あるときは感情を抑制して対応することが求められるとされてきた。しかし、不自然な共感的態度や行きすぎた感情抑制はかえって患者-医療従事者間の信頼関係構築を妨げることもある。海外の研究において、生物学的な意味での治療を主たる役割と認識するがん治療医は、患者のエンドオブライフ・ケアに効果的な介入ができていないと感じがちであることが報告されている。

コミュニケーションスキルトレーニングに関しては、スキル向上効果は限定的でありながらも、情緒的消耗を低減したとの報告や、燃え尽きのスコアが減少したとする報告もみられている¹⁶⁾²¹⁾。

また、心理療法的な面接技術を日常的な医療現場にそのまま導入するのではなく、患者-医療従事者の関係性に配慮したコミュニケーションスキルが臨床的には必要とされている。死の過程にあり様々な苦悩を抱える患者は、極限状況にあるともいえるが、そのような患者に寄り添うためには、スキルにとどまらない人間対人間の関わりが求められることも少なくない。この極限状況の人間対人間の関わりを可能にするようなコミュニケーションスキルトレーニングが期待されている。

チーム介入

海外においては燃え尽きを予防するためのチーム介入も検討されている。そこでは、3時間のセッション

を計6回実施するような研究も行われている。

(平井 啓, 川名典子, 小川朝生, 明智龍明)

参考文献

- 1) Lazarus RS ほか: ストレスの心理学, 木明 寛ほか(監訳), 実務教育出版, 東京, p22, 1998
- 2) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84: 191-215, 1977
- 3) Freudenberger HJ: The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 18: 247-251, 1986
- 4) Maslach C et al: The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2: 99-113, 1981
- 5) Grunfeld E et al: Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 163: 166-169, 2000
- 6) Trufelli DC et al: Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 17: 524-531, 2008
- 7) Brook RH et al: Quality of health care: Part2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 335: 966-970, 1996
- 8) Cordes CL et al: A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 18: 621-656, 1993
- 9) Portenoy RK et al: Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics* 38: 277-287, 1997
- 10) Morita T et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20: 758-764, 2002
- 11) Cella DF et al: The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of

- the general measure. *J Clin Oncol* 11: 570-579, 1993
- 12) Marine A et al: Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Syst Rev*(4): CD002892, 2006
- 13) D'Zurilla TJ et al: Problem solving and behavior modification. *J Abnormal Psychol* 78: 107-126, 1971
- 14) 久田 謙: ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. *看護研究* 20: 170-179, 1987
- 15) Johansson N: Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *J Am College Health* 40: 125-129, 1991
- 16) Fallowfield L et al: Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet* 359: 650-656, 2002
- 17) Fallowfield L et al: Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow up. *Br J Cancer* 89: 1445-1449, 2003
- 18) Kazavi D et al: The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *Eur J Cancer* 29A: 1858-1863, 1993
- 19) Kazavi D et al: How to optimize physicians' communications skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post training consolidation workshops. *J Clin Oncol* 21: 3141-3149, 2003
- 20) Wilkinson S et al: Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Palliat Med* 22: 365-377, 2008
- 21) Butow P et al: Increasing oncologists skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psychooncology* 17: 209-218, 2006