

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を推奨している。しかし、陽性的中率の低いスクリーニングは負担が大きく、費用対効果の面でも課題は多い<sup>2)</sup>。

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る。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 (本誌p.64, 資料参照) などが用いられ、どのツールでもほぼ同程度の性能である。

### うつ病への対応

うつ病への治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法、環境調整を組み合わせて行うことが推奨されている。医療スタッフからの継続的な支援が、がん患者の適応に影響することも示されており、チームとして患者を支える体制を構築することも重要である<sup>9)</sup>。

薬物療法に関しては、無作為比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が報告されている。抗うつ薬はどの種類でもほぼ同程度の治療効果が得られると考えられているが、実際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価したうえで副作用対策も踏まえた選択を行う必要がある。実際に、悪心・嘔吐を避けたい場合には食欲増進作用もあるNaSSA (ノルアドレナリン作動性/特異的セロトニン作動性抗うつ薬) や吐き気の少ないタイプのSSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬)、神経傷害性疼痛を合併する場合にはSNRI (選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬) が選ばれることが多く、三環系抗うつ薬や四

環系抗うつ薬が第一選択になることはほとんどなくなった。予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もあるが、投与経路や予後の推定を総合的に評価し、QOLを損なわない治療計画を立てる。

あわせて身体症状への対応も重要である。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) には相関関係がある。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行う。

また、終末期においては、せん妄との鑑別に注意したい。特に低活動型せん妄は、活動性が落ちることから、うつ病と誤診されがちである。せん妄は注意力障害があることから、細かい精神症状評価をすることが重要である。

### 今後に向けた課題

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ある。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段階を設定した<sup>9)</sup>。わが国においても、がん対策推進基本計画に基づき10万人の医師を対象とした緩和ケア研修が進められている。

同時に求められるのが、専門家へのアクセスを確保する方法である。具体的には、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る。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たが、スクリーニングが有効に機能

### 特集 メンタルケアを取り入れたディジーズマネジメント

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のハードルがある。改定されたがん対策推進基本計画に則って、都道府県拠点病院を中心に、スクリーニングとアクセスの改善を目的に緩和ケアセンターの設置が検討されており、解決の糸口となるか注目したい。

#### 引用・参考文献

- 1) Kadan-Lottick NS, et al: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer, *Cancer*, 104 (12): 2872-2881, 2005.
- 2) Distress Management: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. <http://www.nccn.org>
- 3) Derogatis LR, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *JAMA*, 249 (6): 751-757, 1983.
- 4) 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, Chochinon・他編, 内閣府訳訳: 緩和医療における精神医学ハンドブック, 昭和館, 2001, p.29-53.
- 5) Passik SD, et al: Oncologist' recognition of depression in their patients with cancer, *J Clin Oncol*, 16 (4): 1594-1600, 1998.
- 6) Block SD: 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, Ann Intern Med*, 132 (3): 209-218, 2000.
- 7) Fang F, et al: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis, *NEJM*, 366 (14): 1310-1318, 2012.
- 8) 内閣府: がんへの通常の心理反応, 松下正明編: *リエゾン精神医学とその治療学*, 中山書店, 2003, p.51-58.
- 9) National Institute for Clinical Excellence: *Cancer Service Guidance Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. <http://www.nice.org.uk>
- 10) Tanaka H, et al: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994, *Jpn J Cancer Res*, 90 (8): 812-817, 1999.
- 11) Ramirez AJ, et al: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work, *Lancet* 347 (9003): 724-728, 1996.
- 12) Cantwell BM, et al: Doctor-patient communication: a study of junior house officer, *Med Educ*, 31 (1): 17-21, 1997.
- 13) Maguire P: Improving communication with cancer patients, *Eur J Cancer*, 35: 1415-1422, 1999.
- 14) Fujimori M, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan, *Psychooncology* 14 (12): 1043-1051, 2005.
- 15) Fujimori M, et al: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news, *Psychooncology*, 16 (7): 617-625, 2007.

## 第77回 日本皮膚科学会 東京支部学術大会

テーマ: 挑戦する皮膚科学

会長: 照井 正 (日本大学医学部 皮膚科学系皮膚科学分野)

日時: 2014年2月15日 (土), 16日 (日)

会場: 東京国際フォーラム ホールB

問合先: 株式会社メディカル東友

TEL 046-220-1705 FAX 046-220-1706

E-mail [jda77@mtouyou.jp](mailto:jda77@mtouyou.jp)

URL: <http://jda77tok.umin.jp/>



#### 注目セッション

#### 皮膚科エキスパート・ナース

日常診療を円滑に行うにはコ・メディカルの協力が必要なのは言うまでもありません。では、どのように育てたらよいでしょうか? 皮膚科に特化して活躍されている看護師の方にお集まり頂き、皮膚科エキスパート・ナースの重要性や育て方などについてお話しして頂きます。是非、所属する医療機関や診療所に勤務される看護師さんを集まって頂き、ディスカッションしていただきたいと思います。参加ついでに東京観光をご一緒に計画されてはいかがでしょうか?



## 精神科医療と緩和ケア\*

認知症の緩和ケアを考える

小川朝生\*\*

### Keywords

Palliative care, Dementia, Consultation psychiatry, Supportive care

### はじめに

精神科医療、精神障害と緩和ケアについて考えるとき、みなさまはどのようなイメージを持たれるだろうか。総合病院に勤務をされている方では、精神科医が関わる緩和ケアチームで、せん妄やうつ病への対応をすることを考えられるだろうか。あるいは、精神科病院にお勤めされている方では、統合失調症の患者のがん治療や終末期医療を考えられるのかもしれない。

精神科医療と緩和ケアとの関係は、次のようにいくつかに分けて考えることができる。

- ①がん患者へ提供する緩和ケアの一領域としての精神症状緩和：せん妄の治療やうつ病への対応に加え、より広い精神心理的支援
- ②精神疾患を抱えた患者のがん治療・緩和ケア：具体的には統合失調症を持った患者ががんに罹患した場合のケア
- ③がん以外（非悪性腫瘍）の疾患の緩和ケア  
おそらく、精神科医が考える緩和ケアのイメージは大きくは①、加えて②となるのかもしれない。わが国においては、2007年に施行された「が

ん対策基本法」の影響を受けて、緩和ケアはがん医療とほぼ一体となって推進されている実態がある。たしかに、緩和ケア病棟や緩和ケアチームが対象とする疾患は、診療報酬上悪性腫瘍と後天性免疫不全症候群 (acquired immune deficiency syndrome ; AIDS) に限定されている。薬物療法の大幅な進歩により、HIV感染症で緩和ケアを必要とする場面は非常に限定されるに至った結果、事実上わが国では緩和ケアと言えばがん医療と同一視されるのもっともと言える。

しかし、海外をみると、緩和ケアをとりまく状況は全く異なる。たとえば、英国では2010年に開催された英国緩和ケア関連学会 (8th Palliative Care Congress) において、高齢化社会の主たる課題を「認知症」とするとともに、緩和ケアの主たる対象を「認知症の緩和ケア」にすでにあてていた。2013年6月には、ヨーロッパ緩和ケア学会 (European Association for Palliative Care ; EAPC) が、認知症の緩和ケアに関する提言を公開し、11の領域で57の提言を掲げている (White paper defining optimal palliative care in older people with dementia)<sup>40)</sup>。高齢化社会を軒並み

\* Supportive Care for the Patients with Dementia

\*\* 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 (〒277-0871 千葉県柏市柏の葉 6-5-1), OGAWA Asao : Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Japan

迎えている先進国では、緩和ケアの主たる対象はもはやがんではなく、認知症なのである。

海外においては、緩和ケアの主たる対象は、がんから認知症に移ろうとしている。しかし、日本においては、「認知症患者は意思決定ができないから緩和ケアの対象ではない」という誤解もあり、さらに自体を複雑にしている。

このように、海外とわが国では、精神科医療と緩和ケアの関係は大きく異なる。このような差が生じた背景には、緩和ケアのアプローチに対する認識のギャップも影響しているのかもしれない。わが国においては、緩和ケアは「終末期ケア」の色が濃い。言い換えれば、緩和ケアは治療の施しようがなくなった時に、症状を緩和する対症療法ととらえられがちである。しかし、ヨーロッパを中心に、緩和ケアは健康政策の一環として公衆衛生的な取り組みと認識され、人の生死に当たる「苦悩からの予防」が強調されている。

上記のようなギャップを埋めるためには、緩和ケアの背景を振り返るのが有益かもしれない。本稿では、緩和ケアの展開の歴史をみつつ、主に認知症に対する緩和ケアのアプローチを紹介したい。

### 緩和ケアとは

WHO (世界保健機関) が2002年に緩和ケアの定義を定めている。その定義を紹介すると、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処 (治療・処置) を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ (QOL : 生活の質) を改善するアプローチである<sup>41)</sup>」となる。

従来、緩和ケア、緩和医療は、悪性腫瘍 (がん) を対象に、施設 (ホスピス、緩和ケア病棟) を中心に発展してきた<sup>42)</sup>。90年代には、緩和ケアプログラムの利用者のほとんどががん患者であった。緩和医療ががん患者を主な対象としてきた理由は、

病状が常に変化すること、特に身体症状の変化が著しいこと、心理社会的な苦痛が強いこと、死が急速に迫る経過であることが指摘されている<sup>43)</sup>。

しかし、2002年にWHOが改訂した緩和ケアの定義をみると、緩和ケアの対象は「進行性の生命を脅かす疾患」と示され、特定の疾患群を対象にしていない。ここに緩和ケアの特徴がある。一般に医学の専門分野は、臓器別あるいは疾患別に対象を絞るのに対して、緩和ケアは患者を心理社会面でとらえ、身体的な問題のみを医療の対象とはしていない。

1990年以降、欧米では終末期医療に対する取り組みが進められ、緩和ケアの対象はがんから後天性免疫不全症候群 (acquired immune deficiency syndrome ; AIDS)、神経疾患 (筋萎縮性側索硬化症)、救急、集中治療領域、アルツハイマー病を中心とした老年医療、心血管疾患、呼吸器疾患、腎疾患などに広がっていった。2000年を越えて、緩和ケアの対象の20~30%は非悪性疾患となっている。

現在悪性疾患以外に広く緩和ケアが提供されている代表的な地域は米国である。米国ではホスピスプログラム (米国では緩和ケアは施設ではなく在宅を中心に提供されるためプログラムと称される) を利用した患者は2012年で154万人であったが、その63.1%は非悪性腫瘍が占めていた (悪性腫瘍 (がん) 36.9%、老衰 14.2%、認知症 12.8%、心疾患 11.2%、呼吸器疾患 8.2%)<sup>44)</sup>。

### 緩和ケアの歴史

どうして緩和ケアががんに限らず広い疾患を対象とするのか、その疑問に答えるには、緩和ケアの歴史を振り返ると分かりやすいかもしれない。

緩和ケアの歴史は、中世イングランドやヨーロッパのホスピスに始まる。当時のホスピスは、主に宗教団体が主体となり、地域文化と博愛主義に基づき、巡礼者や貧困者、高齢者などに身の回りの世話を提供する施設であり、医療を提供する施設ではなかった。つまり、ホスピスは地域文化

の上に成立する社会支援体制を元に組織され、広く救済的な意味合いを持っていた。このことが、その後のホスピス・緩和ケアのあり方にも色濃く出ている。

その後、第二次世界大戦を経て、1967年 Cicely Saunders は、医療サービスを提供する近代ホスピスを設置した (St. Christopher's Hospice)。近代ホスピスは、地域団体を主体とし (主には宗教団体)、各地に建設されていった。当初のホスピスは、静かに過ごすための場所を提供する意味合いが強く、医療体制 (英国の場合は NHS) とは別に位置した。

当初、施設としてホスピスを設置する動きが各地で進んだ一方、死にゆく人々を生活の場から遠ざけ、特殊な施設に収容する問題点も挙がった<sup>48)</sup>。その結果、ケアの方向性は、収容型の施設から在宅療養支援チームを形成する方向に進み、近代ホスピス設置から2年後に St. Christopher's Hospice は在宅サービスを提供し始める。その後、サッチャーの経済改革の際に医療体制が危機的な状況になるも、90年代から地域ケア、プライマリ・ケアの強化が図られる中、地域医療の一翼を担うようになった。

このように、英国では、緩和ケアはもともと①地域ネットワークを基盤として発達してきたこと、②在宅療養を志向していること、③がんに限らず広く対応する姿勢を持っていたことが分かる。

また、もう一点強調したいのは、緩和ケアの提供が、公衆衛生的なアプローチを重視するように変換した点である。1970年代を通して、ホスピスが乱立し、地域の医療体制が考慮されずに進んだことへの反省もあり、地域のニーズをふまえた提供体制が組まれるようになった。この点も、地域を志向していることを表している。

## 死亡原因の変化と疾病の経過 (illness trajectory) の理解

20世紀前半までは、人の死は、感染や事故などが一般的であった。20世紀後半を過ぎ現在で

は、急性感染症による死亡はまれとなり、死への経過は長期にわたり緩徐に進行するものとなった。従来死の病と恐れられてきたがんであっても、乳がんや前立腺がんのように、数年にわたり穏やかに進行し、ほぼ慢性疾患と同じ様相を呈するようになったものもある。

現在、先進国の死亡原因を見ると、ほとんどが悪性腫瘍や心疾患、呼吸器疾患、脳血管性障害で占められる。たとえば、わが国では、2011年に年間125万3,066人が死亡している。そのうち、35万7,305人が悪性腫瘍である。非悪性腫瘍の代表的な疾患である心疾患は19万4,926人、脳血管疾患は12万3,867人、肺炎は12万4,749人、老衰は5万2,242人であり、腎不全や肝不全を含め非悪性腫瘍による死亡数の7割を占める<sup>19)</sup>。このように、先進国では、急激に進む高齢化により、がん、臓器不全など老化・衰弱に関連する死亡が多数を占めている。

これらの慢性疾患の進行は、大まかに下の3つのパターンに分類して検討すると考えやすい<sup>21)</sup>。すなわち、

- ①死亡前、数週間から数か月前に身体機能が急激に低下するパターン (進行期の悪性腫瘍)
- ②数か月から数年にわたり、急激な状態の悪化と回復を繰り返しつつ穏やかに進行する (心不全や呼吸不全)
- ③数年以上の単位でゆるやかに低下する (認知症)

となる (図1 Lynn, 2001)。

このような疾病の経過 (illness trajectory) を把握することは、さまざまな身体症状による苦痛に加え、患者がどのような体験をしうるかを予測し、苦痛を予防するために今後起こりうることを先読みして対応する上で必要である。特に正確に予後が推測することができれば、患者や家族の自発的な意思決定がより容易になる。米国のナーシングホームにおいて、進行期認知症患者の予後や合併症について、家族が理解している場合と理解していない場合とを比較して、積極的な延命治療が3分の1にとどまるとの報告がある<sup>25)</sup>。

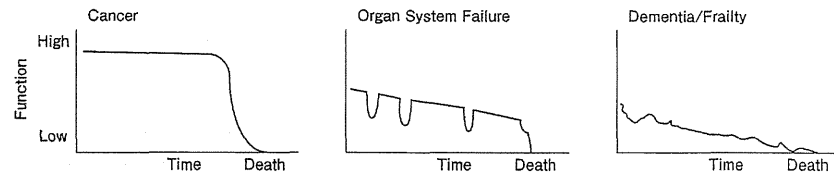


図1 疾患の進行と全身機能の変化

一般に、がんであれば、全身機能の低下はほとんどなく経過をし、最後の1、2か月になって臓器機能障害に併せて急速に全身機能が低下する。この症状や臨床経過は共通性を持つため、今後の予測を立てやすいのが特徴である。

悪性腫瘍と比較すると、非悪性腫瘍は、細胞や臓器機能の低下による脆弱性の進行が背景にあるため、機能低下の出現部位やその進行の個体差が大きい。認知症の場合は、ゆるやかに全身機能が低下していく経過をとる。特にアルツハイマー病では、中核症状の進行とともに身体症状も一定の順序を踏んで進行する。

大事なことは、患者がその疾病の経過のどの時期にいるのかを把握し、患者とともに現在進めている治療が何を目標にしているのか、この治療に反応しない場合にどのような選択肢が残されているのか、その治療の過程において繰り返し検討し確認することである。今患者が生きている上で優先順位が高い課題は何かを、患者と医療者が共通の見通しをもって検討することが重要である。

## 認知症の緩和ケア

認知症は、確実な治療法がなく、緩徐に進行しやがて死に至る疾患である<sup>41,49,51)</sup>。認知症自体は、基礎疾患が多数に及び、基礎疾患ごとに経過は異なること、栄養や輸液など補正できる可能性はあるものの、寿命を規定する疾病である<sup>31)</sup>。緩和ケアは、認知症患者とその家族の抱える問題やニーズに対応することが可能である。

今まで伝統的には、緩和ケアは進行期のがん患者を対象とし、がん患者に早期から適切な緩和ケ

アを提供することで、療養生活の質の向上が図れ、また生命予後も改善する可能性が指摘されている<sup>38)</sup>。

もちろん、このようながん領域で築かれた高いエビデンスが認知症に対してそのまま適用できるものではない。当然ではあるが、がん患者と認知症患者では疾患の経過が異なる。がん患者は、一般に身体機能は予後数週まで保たれており、その進行の仕方はある程度分かっており、予後予測も可能である。

一方、認知症では、認知機能障害が徐々に進行することは予測されるものの、その進行は一般に年単位である。また、生命予後も報告によってまちまちであり、3年から10年である。個々の症例の経過におとすと、患者は認知症の終末期には重度の身体的・精神的機能障害を抱えつつ生活することになるが、一方、より早期では肺炎や摂食不良による栄養障害、合併症などの認知症に関連する健康問題から死亡することがある。それゆえ、認知症患者の予後予測は非常に難しい。さらに、身体的問題や認知機能障害に加えて、アパシーや抑うつなどのBPSD症状が認知症の経過を修飾する。

このように、認知症患者では、「生活の質の向上」を目指した取り組みが適応となる。緩和ケアが目標とする「生活の質」は幅広い概念である。特に身体症状の目立たない初期においては、患者個人個人の生活の質そのものとなる。認知症が進行するにつれて、身体や精神機能の維持、併存症に伴うさまざまな苦痛の除去も加わる。さらに、疾病の経過を通じて、患者とその家族には具体的なニーズがあり、それらも把握され、適切に対応さ

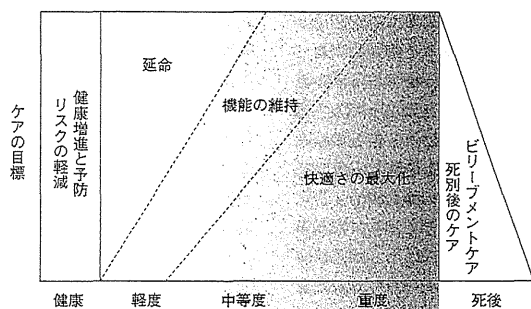


図2 認知症の進行と推奨するケアの目標の優先順位

認知症の疾患の過程を通して変化するケアの目標とその優先順位を図示した。ケアの目標は同時に複数の適用が可能であるが、認知症の段階に応じてその妥当性は異なる。そのため優先順位をつける必要がある。

特に機能の維持という目標(疾患の進行を可能な限り遅らせることと患者の不快感を最大限取り除くこと)は生活の質を重視する取り組みを最もよく示している。また、患者が死亡した後は、遺族に対する死別後のケアが行われるが、家族に対して持続する悲嘆に対しては早期の段階から継続した支援が必要になる。

れる必要がある。たとえば、合併症の治療に際して、治療方針を決定することが必要となる。意思決定をめぐり、患者とその家族の間のコミュニケーションを調整することは重要だが難しい課題である。意思決定の代理人になることは家族にとって負担となるため、その支援も重要な問題である<sup>29)</sup>。

認知症における緩和ケアの有効性に関する研究はまだ少ない現状であるが<sup>35,37)</sup>、家族から報告で、認知症患者に対してもホスピスプログラムの提供が有益であるとの報告がある<sup>18,39)</sup>。

1. 認知症と予後

認知症は明らかに予後を悪くすることが知られている。中国上海の疫学調査では、65~74歳においては、アルツハイマー病を合併すると死亡リスクは5.4倍、血管性認知症では7.4倍に上昇した<sup>16)</sup>。また、同様に75歳を超えると、アルツハイマー病で2.5倍、血管性認知症で3.5倍であった。一般に75歳以上になると、認知症関連疾患は広く認められるようになり、総死亡の23.7%に認知症が何らかの形で関連している<sup>16)</sup>。

Larsonらは、アルツハイマー病患者521例を追跡したところ、アルツハイマー病患者の平均余命は、男性で診断から4.2年、女性で5.7年であり、同年代の認知症を合併していない患者の半分であることを報告した<sup>20)</sup>。また、Xieらは、英国において大規模なコホート調査を行い、認知症を発生した患者で平均余命は男性で診断から4.1年(発症時平均年齢83歳)、女性で4.6年(発症時平均年齢84歳)であった<sup>50)</sup>。予後の短縮と関連した要因は、認知機能の低下と歩行障害、転倒、虚血性心疾患の既往が関連していた<sup>21)</sup>。

ここで注目したいのは、認知症の診断時からの予後はかなり短いこと、認知症の大半は認知症の進行によって死亡する前に、併存症や合併症により死亡している点である。より具体的には、併存症や身体症状管理との相互作用が疑われるため、認知症の身体症状評価とその管理の重要性を示している。

2. 認知症患者への心理的支援

認知症患者への心理的支援で特に注意を払いたい点は、認知症の患者は軽度でも、またある程度

進行した段階でも、自らの疾患に対して違和感を認識し、苦痛を感じており、特にその苦痛に対応した精神心理的支援が必要である点である<sup>27)</sup>。認知症においては、本人が認識できないとの先入観から、見落とされていたこともあり、現在のところどのような介入が効果があるのかは明らかになっていない<sup>30)</sup>。重度の認知症の場合でも、目に見える形での象徴や具体的な行事を通して、精神的ケアを提供できる可能性がある<sup>3,40)</sup>。回想法は患者よりも家族に対して現実を受け入れることを促進する上で効果があるかもしれない<sup>22)</sup>。

3. 認知症と身体機能、合併症

認知症(アルツハイマー病)と身体疾患との関連は詳しくは明らかになっていない。認知症患者は、一般的な加齢に関連する老年症候群を合併する。しかし、一部の疾患はアルツハイマー病でより多く認められ、特に進行期で目立つようになる。7,000人規模のケースコントロールでは、アルツハイマー病の患者には、パーキンソン病やてんかん、感覚障害、感染、低栄養、大腿骨頭骨骨折を含む外傷、褥瘡が、対照群に比較してより多く発症していたとの報告がある<sup>5)</sup>。これらの合併症は、大きく神経学的合併症と感染、低栄養の3つに分けることができる。大腿骨頭骨骨折や外傷は、運動機能障害と関連し、活動が低下すれば感染の発生リスクとなる。褥瘡も運動障害と低栄養に関連する。

1) 感染

認知症患者で感染症の合併は多く、主に尿路感染、上・下気道感染、皮膚・皮下組織の感染、消化管、眼がある<sup>20)</sup>。全身感染症は認知症患者で最も多い死因であり、気管支肺炎はアルツハイマー病患者の死因の60%を占める。認知症に感染が合併する背景には、身体機能面では免疫機能の変化や失禁、活動量の低下、誤嚥が関連する。それゆえ、感染症は認知症の進行に伴い避けられない事態である。

認知症患者の生存期間中央値は今まで考えられてきた以上に短く、3~6年と報告されている<sup>25)</sup>。認知症が進行し、Global Deterioration Scale

(GDS)で7になると、摂食・嚥下障害に伴う低栄養・免疫不全と誤嚥性肺炎などの感染症が問題になる。Mitchellらは、重症認知症患者を観察し、その86%に摂食・嚥下障害があり、障害を持つと生存率がきわめて低いことを明らかにした<sup>23)</sup>。

アルツハイマー病患者では細胞調節性免疫機能やサイトカイン分泌能の低下、急性期タンパク分泌の低下がある。これらの低下は、免疫機能の低下を招く。認知症患者がコミュニケーションが困難になった場合やトイレの使用が困難になった場合、便失禁は避けることができない事態であり、尿路感染はカテーテルの使用や便失禁に伴い増加する。便失禁は皮膚統合の障害を招き、褥瘡の発生にもつながる。

活動量の低下は、歩行の問題と知覚障害の両者の結果として生じる。歩行の不安定化や歩幅の狭小化は、筋緊張の増加や固縮に引き続いて生じる。歩行が困難になることは尿路感染のリスク、肺炎のリスクを高める。活動量の低下は、また褥瘡の発生にも関連する。

上気道分泌物の誤嚥は、睡眠中に生じやすい。誤嚥は、特に頸部の拘縮や伸伸展と関連し、どれも認知症の進行に伴い生じやすくなる。高齢者肺炎の70%以上が誤嚥性肺炎であるが<sup>25)</sup>、誤嚥性肺炎を防ぐには、口腔衛生を保ち、喫煙を避け、咳嗽反射を保持し、軌道分泌物を維持することである。歯周病とブラークは、肺炎を招くリスクファクターである。

2) 低栄養

アルツハイマー病やその他の認知症関連疾患では、体重減少を伴う<sup>15)</sup>。体重減少は、認知症の診断がなされる数年前から始まっている可能性がある<sup>15)</sup>。アルツハイマー病の体重減少は、代謝亢進によるものではない。というのも、認知症患者と健常者で、食事摂取量も身体活動度も変わらないからである。おそらく認知症の体重減少は、食事摂取量の低下と、エネルギー消費の増大に伴うものと考えられている<sup>30)</sup>。認知症患者はしばしば独居で、食事摂取を忘れることがある。また、視空間認知能力の低下は、食べ物を認識することを困

難にする。食事摂取を拒否することは認知症ではしばしばあるが、それは抑うつや自発性の低下が影響する。失行が進むと、患者は食事自体とすることができなくなり、介助を要する状態となる<sup>17)</sup>。認知症患者に多い摂食障害には、抑うつ症状に伴う食物への興味・関心の喪失、空腹感の欠如による摂食拒否、便秘に関する食欲低下、嚥下第1相、第2相の障害による嚥下困難や誤嚥、それらによるますますの食欲低下がある<sup>24)</sup>。

エネルギー消費は、徘徊や落ち着きのなさが影響する。早歩きは、エネルギー消費量を1,600 kcalまで高める。徘徊のある患者は体重を維持するのに2,800 kcal/日必要となる<sup>17)</sup>。パーキンソン病を合併すると、固縮によるエネルギー消費量の増大がある。体重減少は、必ずしもすぐに合併する栄養状態ではないが、身体疾患に関連して頻度が高くなる病態でもない。認知症患者では、介助なしに歩行をすることが困難になり、筋肉量の減少が体重減少を起こすのかもしれない。理想体重を設定することに無理な場合も多い<sup>17)</sup>。

#### 4. BPSDと身体症状

多くの患者が、痛み、呼吸困難および興奮/不安に苦しむ。身体症状において、認知症患者は過小診断と過小治療の危険がある<sup>9, 25, 53)</sup>。認知症の行動心理症状は身体症状と併せて対処される必要がある。なぜなら、認知症において行動的症狀は顕著で典型的であり、相互に関連しているからである。たとえば、疼痛緩和は興奮を抑える場合があり<sup>32)</sup>、抑うつ症状または身体的活動の変化が興奮のレベルを変えることもある<sup>34, 43)</sup>。したがって、行動の変化があれば身体症状評価を行う必要があり、疼痛が疑われれば積極的に鎮痛薬を試みることが望まれる。

認知症患者の身体症状を拾い上げ、患者の不快感を最大限取り除くために、多職種のアセスメントを統合することが重要であり、複数の視点から行動の変化とその原因を推測することで鑑別しやすくなる。介護者が患者と親密になることで不快感の原因は特定しやすくなることも報告されている<sup>23)</sup>。

#### 5. 疼痛評価の必要性

非常に見落とされがちなことに、認知症患者は疼痛を過小に評価される<sup>2, 40, 41)</sup>。軽度および中等度の認知症の場合には、疼痛評価に自己評価法を利用することができるが、重度認知症の場合は自己評価が困難となり、身振りや顔つきを手掛かりとして対応せざるを得ない<sup>14, 28)</sup>。認知症の痛みの評価に関してはこれまでにさまざまなツールが開発され、その一部は複数の研究で検証されて肯定的な成果が得られている<sup>12, 13, 52, 53)</sup>。具体的には、Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)<sup>44)</sup>やPain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)<sup>9)</sup>、Doloplus<sup>45)</sup>が挙げられる。

#### 6. 認知症の経過と家族への支援

認知症の経過と関連する健康上の問題について、家族の多くはほとんど理解していない<sup>4, 10)</sup>。特に、認知症の進行に伴い、家族は意思決定の共有あるいは代理をせざるを得なくなることを事前に知り、あらかじめ心構えを持つことは、家族の生活の質を高めるために重要な取り組みである<sup>11)</sup>。

また、認知症は文化的な背景、恥などスティグマとも関連し、家族の恥という意識が介護者の負担を増大させる点にも注意が必要である<sup>7, 46)</sup>。

### わが国の現状と課題

わが国では2013年に高齢化率が25%を超える未曾有の超高齢化社会を迎えた。高齢化社会の到来が近年強調されるがゆえに、20%という数字にともすれば慣れがちで当たり前に感じられるかもしれない。しかし、近代医療の発展期である1900年代の高齢者比率は1%であること、近代ホスピスが展開しだした1950年代の英国でもたかだか10%であったことを考えると、今我々は全く異なる次元に入っていることが改めて分かる。欧米では、高齢化率が今後20%を超えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、全く猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、

主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。一方、認知症は老年症候群の一面であり、身体合併症を併存することは非常に多い。身体治療とケアを進める上で、疼痛管理の必要性は急性期・慢性期を通して認識されつつあるものの、認知症ケアにおいて認識はどれくらい進んでいるであろうか。厚生労働省が進めているオレンジプランには、医療者に対する研修が盛り込まれているものの、その内容は主に認知症の病態や治療にとどまり、身体合併症を持つ場合の身体管理上の問題や疼痛管理などは、ほとんど行われていない。総合病院では、認知症患者に疼痛に評価を行おうとしてもVAS(Visual Analog Scale)が付けられないから対応困難であるとしてそのまま放置をされていたり、BPSDとして誤って認識され、抗精神病薬で不適切な対応をなされている事例をしばしば見聞きする。身体ケアを含めたトータルケアの視点を取り入れたあり方の検討が急務であろう。

また認知症の告知は進んできた一方、認知症に伴う精神的苦痛への対応も見落とされてきた面がある。特に、西欧とは異なる背景を意識し、わが国の文化に即したケアの開発も必要である。

高齢者ケアの課題は、わが国が世界に先駆けて直面している課題であり、世界に向けて貢献できる領域でもある。精神医学と緩和ケアが、より密に連携できる分野であり、積極的な交流と発展を是非期待したい。

#### 文献

- 1) National Hospice and Palliative Care Organization NHPCO'S Facts and Figures: Hospice Care in America 2013 edition. <http://www.nhpco.org/>
- 2) Birch D, Draper J: A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with

- dementia. *J Clin Nurs* 17: 1144-1163, 2008
- 3) Buckwalter GL: Addressing the spiritual & religious needs of persons with profound memory loss. *Home Healthc Nurse* 21: 20-24, 2003
- 4) Caron CD, Griffith J, Arcand M: Decision making at the end of life in dementia: How family caregivers perceive their interactions with health care providers in long-term care settings. *J Applied Gerontol* 24: 231-247, 2005
- 5) Chandra V, Bharucha NE, Schoenberg BS: Conditions associated with Alzheimer's disease at death: Case-control study. *Neurology* 36: 209-211, 1986
- 6) Chibnall JT, Tait RC, Harman B, et al: Effect of acetaminophen on behavior, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *J Am Geriatr Soc* 53: 1921-1929, 2005
- 7) Connolly A, Sampson EL, Purandare N: End-of-life care for people with dementia from ethnic minority groups: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 60: 351-360, 2012
- 8) Doyle D: Introduction. In: Doyle D MN, Hanks GW, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Oxford, 1993
- 9) Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T: Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs* 5: 37-49, 2004
- 10) Gessert CE, Forbes S, Bern-Klug M: Planning end-of-life care for patients with dementia: Roles of families and health professionals. *Omega (Westport)* 42: 273-291, 2000
- 11) Hebert RS, Dang Q, Schulz R: Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *J Palliat Med* 9: 683-693, 2006
- 12) Herr K, Bjoro K, Decker S: Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 31: 170-192, 2006
- 13) Herr K, Bursch H, Ersek M, et al: Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs* 36: 18-29; quiz

- 30-31, 2010
- 14) Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M : Pain assessment in persons with dementia : Relationship between self-report and behavioral observation. *J Am Geriatr Soc* 57 : 126-132, 2009
  - 15) Johnson DK, Wilkins CH, Morris JC : Accelerated weight loss may precede diagnosis in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 63 : 1312-1317, 2006
  - 16) Katzman R, Hill LR, Yu ES, et al : The malignancy of dementia. Predictors of mortality in clinically diagnosed dementia in a population survey of Shanghai, China. *Arch Neurol* 51 : 1220-1225, 1994
  - 17) Khodeir M, Conte EE, Morris JJ, et al : Effect of decreased mobility on body composition in patients with Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 4 : 19-24, 2000
  - 18) Kiely DK, Givens JL, Shaffer ML, et al : Hospice use and outcomes in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 58 : 2284-2291, 2010
  - 19) 厚生労働統計協会 : 国民衛生の動向 2013/2014. 厚生指標 60 (増刊) : 2013
  - 20) Larson EB, Shadlen MF, Wang L, et al : Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med* 140 : 501-509, 2004
  - 21) Lynn J : Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families : The role of hospice and other services. *JAMA* 285 : 925-932, 2001
  - 22) Mahon MM, Sorrell JM : Palliative care for people with Alzheimer's disease. *Nurs Philos* 9 : 110-120, 2008
  - 23) McAuliffe L, Nay R, O'Donnell M, et al : Pain assessment in older people with dementia : Literature review. *J Adv Nurs* 65 : 2-10, 2009
  - 24) Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, et al : Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *JAMA* 291 : 2734-2740, 2004
  - 25) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al : The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 361 : 1529-1538, 2009
  - 26) Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, et al : Caregiver burden in Alzheimer disease : Cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* 18 : 917-927, 2010
  - 27) Nelis SM, Clare L, Martyr A, et al : Awareness of social and emotional functioning in people with early-stage dementia and implications for carers. *Aging Ment Health* 15 : 961-969, 2011
  - 28) Pautex S, Herrmann F, Le Lous P, et al : Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60 : 524-529, 2005
  - 29) Perls TT, Herget M : Higher respiratory infection rates on an Alzheimer's special care unit and successful intervention. *J Am Geriatr Soc* 43 : 1341-1344, 1995
  - 30) Poehlman ET, Dvorak RV : Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr* 71 : 650S-655S, 2000
  - 31) Radbruch L, Payne S : White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : Part 1 Recommendation from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliative Care* 16 : 278-289, 2009
  - 32) Rosenberg PB, Lyketsos CG : Treating agitation in dementia. *BMJ* 343 : doi : 10.1136/bmj.d3913.2011
  - 33) Sachs GA, Shega JW, Cox-Hayley D : Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med* 19 : 1057-1063, 2004
  - 34) Scherder EJ, Bogen T, Eggermont LH, et al : The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr* 22 : 1203-1208, 2010
  - 35) Sampson EL, Ritchie CW, Lai R, et al : A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *Int Psychogeriatr* 17 : 31-40, 2005
  - 36) Sampson EL, Gould V, Lee D, et al : Differences in care received by patients with and without dementia who died during acute hospital admission : A retrospective case note study. *Age Ageing* 35 : 187-189, 2006
  - 37) Sampson EL : Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull* 96 : 159-174, 2010
  - 38) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al : Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363 : 733-742, 2010
  - 39) Teno JM, Gozalo PL, Lee IC, et al : Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? *J Am Geriatr Soc* 59 :

- 1531-1536, 2011
- 40) Tilly J : Quality end of life care for individuals with dementia in assisted living and nursing homes and public policy barriers to delivering this care. *US Alzheimer's Association, 2006*
- 41) van der Steen JT : Dying with dementia : What we know after more than a decade of research. *J Alzheimers Dis* 22 : 37-55, 2010
- 42) van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, et al : White paper defining optimal palliative care in older people with dementia : A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 2013 [Epub ahead of print]
- 43) Volicer L, Frijters DH, van der Steen JT : Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 27 : 749-754, 2012
- 44) Warden V, Hurley AC, Volicer L : Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 4 : 9-15, 2003
- 45) Wary B, Doloplus C : [Doloplus-2, a scale for pain measurement]. *Soins Gerontol* 19 : 25-27, 1999
- 46) Werner P, Mittelman MS, Goldstein D, et al : Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease. *Gerontologist* 52 : 89-97, 2012
- 47) World Health Organization : WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 48) Wilks E : Report of the working group on terminal care. *J R Coll Gen Pract* 30 : 466-471, 1980
- 49) Wolf-Klein G, Pekmezaris R, Chin L, et al : Conceptualizing Alzheimer's disease as a terminal medical illness. *Am J Hosp Palliat Care* 24 : 77-82, 2007
- 50) Xie J, Brayne C, Matthews FE : Survival times in people with dementia : Analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 336 : 258-262, 2008
- 51) Zanetti O, Solerte SB, Cantoni F : Life expectancy in Alzheimer's disease (AD). *Arch Gerontol Geriatr* 49 (Suppl 1) : 237-243, 2009
- 52) Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, et al : Pain in elderly people with severe dementia : A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 6 : 3, 2006
- 53) Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP : The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 126 : 210-220, 2006

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

&lt;精神科臨床エキスパート&gt;

## 多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎  
シリーズ編集 野村総一郎・中村 純・青木省三・  
朝田 隆・水野雅文

●B5 頁192 2011年  
定価: 本体5,800円+税  
[ISBN978-4-260-01423-6]

精神科診療のエキスパートを目指すための新シリーズの1冊。多様化、複雑化した現在のうつ病診療の諸問題を整理し、臨床家が日々感じている実践的な疑問に答える内容。現代型のうつ病、双極スペクトラム、非定型うつ病、生活習慣病としてのうつ病、老年期うつ病、発達障害や統合失調症とうつ病の関係など、いま知りたいテーマを最新の執筆陣が縦横無尽に論ずる。

## 特集

## CGAを考慮した高齢者に対するがん治療の特性と適応

# 高齢がん患者の サイコオンコロジー\*

小川 朝生\*\*

Key Words : cancer, psycho-oncology, dementia, delirium, comprehensive geriatric assessment

## はじめに

わが国は、2013年には65歳以上の老年人口は3,079万人となり、全人口の24.1%を占めるにいたった<sup>1)</sup>。がんは45歳から89歳までの男性、40歳から84歳までの女性の最大の死因であるように広い年齢に分布する。その中で特に高齢者の罹患に注目すると、全悪性新生物死亡数のうち、65歳以上が78%を占めている。がんはまさに高齢者の疾患である。

平均寿命が延びることは、高齢者のがん発症率・有病率が増大することを意味する。同時に高齢者の人口が増加することは、がん治療において高齢がん患者が増加することを示唆する。超高齢化社会を迎えたわが国は、高齢がん患者特有の問題を考慮に入れたがん治療のあり方を検討する必要に迫られている。

高齢がん患者に対して、適切で包括的ながん治療を提供するために、高齢者総合的機能評価 (comprehensive geriatric assessment ; CGA) の実施が強く奨められている。

CGAの実施が推奨される理由に、加齢はがん治療の不均衡に強く関連することがあげられる。一般に患者の年齢が高くなるほど、治療をひか

える傾向がある。担当医は、高齢がん患者では治療の有益性を低く見積もり、高齢者には若年者と異なる選択肢を提示する傾向がある<sup>2)</sup>。しかし、高齢がん患者でも適切な手術、薬物療法により生存期間を改善することは可能である<sup>3)</sup>。単に高齢というだけで、quality of life (QOL) の改善や生命予後の改善を期待できる治療を受ける機会を失うことがあってはならないが<sup>4)</sup>、一方、明らかに有益性のない治療は避けなければならない。

高齢がん患者に対する適切ながん治療を考える上で、身体症状のみならず、患者をとりまく精神医学的問題、心理・社会的問題に対する適切な評価が望まれる。がんと精神心理的問題との関連を扱う分野である精神腫瘍学 (サイコオンコロジー ; psycho-oncology) においても、高齢者特有の問題に配慮をした支持療法を考慮する必要がある。本稿では、高齢者の精神症状として重要な課題である認知機能障害・認知症を中心に紹介を進めたい。

## 高齢者総合的機能評価 (comprehensive geriatric assessment ; CGA)

CGAとは、comprehensive geriatric assessment 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を総合的に評価する手法である<sup>5)</sup>。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。特にがん医療においては、CGAを実施することにより、合併症 (たとえば神経障害性疼痛による転倒) や社会的支援不足 (日中独居の患者への支援)、栄養不良 (認知症によるアパシー (意欲低下)) などが治療の阻害因子となりうる問題をあらかじめ同定することができる。

精神心理的問題としては、認知機能障害 (認知症、せん妄) とうつ病、意欲低下 (アパシー) への対応が重要である。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、体調が悪化した場合の対応が遅れたり、困難になりやすい。また認知機能障害自体が、社会適応を困難にするため、抑うつ状態や意欲低下を招きやすく、治療のアドヒアランスを低下させたり、死亡リスクの上昇を招く<sup>6)</sup>。そのためNCCN (National Comprehensive Cancer Network) の推奨するCGAにおいても、認知機能障害と抑うつ、意欲低下のスクリーニングが盛り込まれている<sup>7)</sup>。

## 認知機能障害

### 1. せん妄

せん妄は、急性に生じる注意力障害を主体とした精神神経症状の総称である。せん妄はがん患者において最も高頻度に認められる精神神経症状であり、治療の初期段階から終末期まであらゆる時期に出現する。せん妄では、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。

せん妄は、精神症状による苦痛に加えて、家族や医療者とのコミュニケーションを阻害する因子となり、身体症状のコントロールを不良にする<sup>8)</sup>。また、せん妄自体が全身状態の不良を示す兆候であり、早期に発見し対応することは、身体症状管理上も重要である。

### (1) 疫学

急性期一般病院においては、入院中のがん患

者の有症率は15% (95%CI 9~18%) である<sup>9,10)</sup>。より進行して、緩和ケアへ移行する段階では一般病棟よりも高くなり、緩和ケア病棟入院時点で28%であった<sup>11)</sup>。

緩和ケア病棟入院後は20~45%で、最終的に全身状態が悪くなるにつれて上昇し、死亡前には83%に達する<sup>12,13)</sup>。

### (2) アセスメント

せん妄の診断は診断基準 [アメリカ精神医学会精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition ; DSM-5) あるいはICD-10] が gold standard である<sup>14)</sup>。

日常臨床では、Confusion Assessment Method (CAM) が用いられる。CAMはDSM-IVの操作基準のうち4つ (①急性発症と症状の変動、②注意力障害、③まとまりのない思考、④意識レベルの変化) を用いて演繹的に判定する方法で、使用方法のトレーニングを受けた医療者が使用することで、感度 (94~100%)、特異度 (90~95%) と高い判定率を持つ<sup>15)</sup>。

(3) マネジメント (薬物療法、非薬物療法、日常生活の支援)

せん妄は診断をつけると同時に、せん妄の原因を検索し、回復・修正可能な原因を同定する必要がある。

がん患者の場合、単独要因のみでせん妄を発症することはなく、潜在的な関連要因が絡むことがほとんどである。見落としはならないのは、アルコールと薬剤 (特にオピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤、抗コリン薬) である。次にせん妄のリスク因子である身体合併症や脆弱性の評価、認知症の有無、多剤併用、感染、脱水、腎機能障害、電解質異常 (NaやCa)、肝機能障害、低栄養などを評価する。症候性でんかんを疑う場合には脳波を、頭蓋内病変を疑う場合には画像検査を併用する。

がん患者においては、オピオイドが関連するせん妄が20~50%と多い。オピオイドのタイドレーションとあわせてせん妄への対応を進める必要があり、せん妄の評価と同時に疼痛のアセスメントも実施する。

\* Supportive care for the elder patients with cancer.

\*\* 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, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Chiba 277-8577, JAPAN





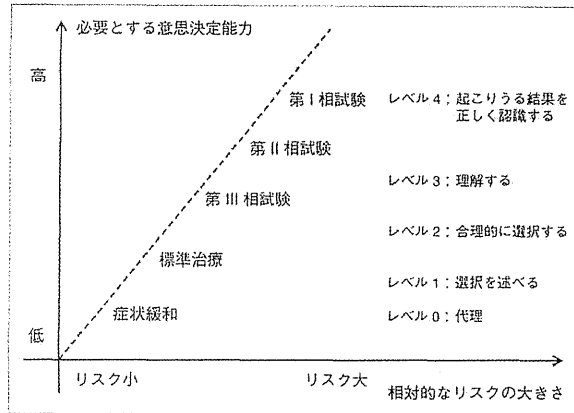


図1 治療に伴うリスクと必要となる意思決定能力のレベルとの関係

スクリーニングの有効性も認知症の有無で異なることが考えられる。

### 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。しかし、わが国の代理人制度である成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられていない。現時点で、意思決定能力がないと判断された治療拒否のケースにどのように対応したらよいのか、法的な回答はない。そのため、生命に関連する事態において、医師は自らが行う説明を患者が判断できるかどうかを個々の事態にあわせて判断していかなければならない。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く、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よりなされてき

た<sup>21)</sup>。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<sup>22)</sup>、軽度認知障害のある患者では、見落とされている。

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<sup>23)</sup>。

- 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)。治療方針の決定や治療の同意を得る際に、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し、多職種を交えた検討が望まれる。

### 高齢者とのコミュニケーション

意思決定能力の評価に加えて、高齢がん患者のインフォームドコンセントを得る場合にはコミュニケーションへの配慮も必要である。

高齢がん患者では、若年がん患者と異なるコミュニケーションに関するニーズを持ち、その関心、情報源も異なっていることが知られている。高齢がん患者ほど、診断や治療に関する情報を担当医のみから得る傾向が強い。またインターネットなどの情報源を用いることはあっても、友人や知人を通して得る情報を好む傾向がある<sup>24)</sup>。

担当医は高齢がん患者の場合には、治療の有害事象と引き替えに得られる有益性の少なさから、高齢者には若年者と異なる選択肢を提示しがちである<sup>25)</sup>。この問題の背景には、補助療法を実施することの利益と治療のリスクを踏まえた評価・情報提供が必要になるが、そのためには追加する治療が再発までの期間をどれだけ延長しているのか、あるいはその高齢者ががん以外の原因で死亡する可能性を踏まえて、再発のリスクをどれだけ落としているのか(天寿をまっとうする可能性が高まるのか)という情報が必要になり、問題は複雑である。不正確な情報しかないために、担当医は強く治療を推しづらい面も事実である。

### おわりに

高齢者の抗がん治療と関連して、精神症状で合併率の高い認知機能障害を中心に精神腫瘍学の課題を取り上げた。高齢者の抗がん治療の目標は、平均余命が相対的に短く、ストレス耐性の低下した集団に対して、治療による利益がリスクを上回るかどうかを判断することになる。これは、以下の問題を検討しなければならない。

- ①患者はがん死するかどうか。
  - ②生存中にながんに伴う合併症を併発するリスクはあるのか。
  - ③患者はがん治療に耐えられるのか。
- 治療効果を最大限に高め、患者のQOLの向上を図るためには、CGAをベースとした実臨床を

反映した大規模な症例登録をもとに、治療成績と身体機能、社会支援の影響を検討する必要がある。高齢化社会をすでに迎えたわが国が、世界に貢献できる領域であり、多領域が連携した取り組みが期待される。

### 文献

- 1) 内閣府. 平成25年版高齢社会白書. URL: <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>.
- 2) Woodard S, Nadella PC, Kotur L, et al. Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy: evidence of possible age bias? *Cancer* 2003; 98: 1141.
- 3) Extermann M. Management issues for elderly patients with breast cancer. *Curr Treat Options* 2004; 5: 161.
- 4) Saltzstein SL, Behling CA. 5- and 10-year survival in cancer patients aged 90 and older: a study of 37,318 patients from SEER. *J Surg Oncol* 2002; 81: 113.
- 5) 西永正典. 総合機能評価(CGA)の臨床とその意義. *日老医誌* 2000; 37: 859.
- 6) Wilson G, Chochinov HM, de Faye BJ, et al. 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネジメント. 内富研介・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. pp. 29-53.
- 7) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Senior Adult Oncology Ver. 2. 2014.
- 8) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002; 43: 183.
- 9) Ljubisavljevic V, Kelly B. Risk factors for development of delirium among oncology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 345.
- 10) Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 368.
- 11) Caraceni A, Nanni O, Maltoni M, et al. Impact of delirium on the short term prognosis of advanced

- cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *Cancer* 2000 ; 89 : 1145.
- 12) 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* 2000 ; 160 : 786.
- 13) Gagnon P, Allard P, Masse B, DeSerres M. Delirium in terminal cancer : a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage* 2000 ; 19 : 412.
- 14) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association. 2013.
- 15) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990 ; 113 : 941.
- 16) Kim SW, Yoo JA, Lee SY, et al. Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. *Hum Psychopharmacol* 2010 ; 25 : 298.
- 17) Cole MG, McCusker J, Bellavance F, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients : a randomized trial. *CMAJ* 2002 ; 167 : 753.
- 18) 朝田 隆. 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業. 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 平成23年度～平成24年度総合研究報告書.
- 19) Gupta SK, Lamont EB. Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 1681.
- 20) Raji MA, Kuo Y, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2033.
- 21) Markson LJ, Kern DC, Annas GJ, Glanz LH. Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 1994 ; 42 : 1074.
- 22) Karlawish J. Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals* 2008 ; 16 : 91.
- 23) Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 1834.
- 24) Elkin EB, Kim SH, Casper ES, et al. Desire for information and involvement in treatment decisions : elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 5275.

\* \* \*

特集：臨床倫理・コンプライアンスとPatient First

患者・家族へのがん告知をどう行うか  
[臨床医の立場から]

小川朝生\*

● 事例 ●

70歳代の女性、独居。膵頭部がん、肝転移がある。1ヵ月前に黄疸が出現し、腹部CTを施行したところ膵頭部を中心に腫瘤を認め、その圧排による胆管閉塞を認めため緊急入院をし、減黄術が施行された。減黄術は奏効したものの、肝転移、骨転移を認めた。2年前に夫を看取ってからは独り暮らしをしていた。日常生活はなんとか送れているが、金銭管理はやや難しいようで、家賃の支払いでもめたこともあるようだった。子どもは1人いるが、車で3時間程度かかる距離のため、支援や介護は難しい状態であった。

担当医は患者1人で告知を受け、治療を決めるのは難しいのではないかと、また、抗がん剤も負担が大きいと、体調を崩した場合の支援が乏しいことから、積極的な治療の適応はないのではないかと悩んでいる。

病棟スタッフからは治療方針を早く決めてほしいとの意見が出ており、対応に迷った担当医は緩和ケアチームにコンサルテーションを依頼した。

はじめに

がん医療において、質の高い医療を提供するためには、患者や家族の意向を確認し、意向を踏まえた治療が提供されなければならないことは言うまでもない。そのためには、患者-医療者間のコミュニケーションが重要であることが指摘され、コミュニケーションスキルトレーニングの重要性が指摘されてきた。

また、一方、がん医療は多様な専門分野が絡み、高度な集学的治療が提供される必要がある。そのためには複数の医療者が参加し、各職種が連携して情報を共有し、実践してい

かなければならない。告知についても、単に患者に「伝える・伝えない」だけでなく、①治療方針のゴールの設定やそのための情報提供のあり方、②患者が理解できているかどうかの確認、③情緒的なサポート、など考えなければならない事象は多面にわたる。また、面接のあとに患者・家族の理解を確認し、情緒的なサポートをしつつ、患者・家族の懸念を聞き出し、適切な意思決定が行われたのかどうか、追加の情報提供が必要かどうか、もう一度面談を設定した方がよいかどうか、など意思決定をめぐる確認やケアの提供を行うには多職種の連携も必須である。ここでは、患者-医療者間の告知と関連してしばしば問

\* 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 科長

題となるコミュニケーションについて考えてみたい。

告知とそれに対する反応 (通常反応)

がんに罹患することは、生命存続の危機的な状況であり、破局的なストレスをもたらす。がん患者は、自覚症状やがんを疑う検査の段階から強いストレスにさらされる<sup>1)</sup>。次に病名告知や治療の導入など一連の負荷が続く。これらのストレスに対する患者の情緒的な反応は、3つの段階に分けて考えることができる (通常反応)。この3つの段階は、①初期反応、②不安・抑うつ、③適応である。一般に、がんであることを告げられたり、再発の告知を受けた患者は強い衝撃を受け、「頭が真っ白になった」「何を言われているのかわからなくなった」と語られるような体験をする。その後、「もう何をして無駄だ、治療しても意味がない」と絶望感を感じたり、怒り (「診断をした主治医や病院が悪い」)、不安や抑うつ、恐怖、無力感を感じる。それとともに、不眠や食欲不振などの身体症状も出現する。しかしこの混乱は、約1、2週間に次第に収束する (図1)。

このような適応を経ることで、患者は疾病や治療に関連する情報を整理し、現実の問題に取り組むことができるようになる。

告知とコミュニケーション

がん医療の特徴的な点は、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繰り返し訪れる点にある。各々の場面において、患者-医療者が円滑な

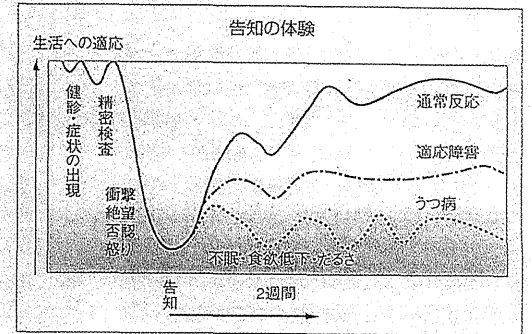


図1 告知と通常反応 (文献1より引用)

意思疎通を図り、理解を確認し、受け取り方に配慮した情報の交換を行うが必要になる。このようながんの診断告知や治療の中止の決定などの話題は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」と定義される<sup>2)</sup>。

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に心理的苦痛を伴う。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1ヵ月に限ると健常人と比べて4~10倍にもなる<sup>3-5)</sup>。患者に正確に伝え、かつ患者を支え日常生活への適応を促すためには、告知にあたり患者がどのようになりに配慮をした適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である<sup>6)</sup>。たとえば、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望むコミュニケーションには、4要素“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 (付加的な情報)”“Reassurance and Emotional Support (安心感と情緒的サポート)”があり、この構成要素に基づくプロト

コール：SHAREがある<sup>7)</sup>。

### 悪い知らせとコミュニケーション —患者側の視点

コミュニケーションはその伝え方だけが重要なわけではない。治療方針の決定には、告知の有無や伝え方も影響するが、同時に何を伝えるのかと、それがどのように伝わり・理解されるのか、関係者への影響を把握しなければならぬ。全体をとりながらそのバランスに配慮しながら質を向上すること、すなわちコミュニケーション戦略に配慮をすることが求められる(図2)<sup>8)</sup>。

このようなコミュニケーションの質を評価するためには、関わる患者および医療者を考える必要がある。患者の立場に立てば、コミュニケーションの内容についても患者の意向を尊重することが重要になるが、どのようなコミュニケーションが患者の価値観の尊重につながるのかは患者によって多様である。患者がすべての治療方針を決めることを望んでいる場合だけでなく、なかには全く意向を表示しない、あるいは考えたくないという場合もあり、個々の意向を確認しながら進めなければならない<sup>7)</sup>。

### 告知とコミュニケーション —医療者側の視点

また医療者側の視点も必要である。治療方針を決めるに際して、その医学的適応の有無や治療内容の説明、などで担当医を中心とする医療者が大きな役割を担う。治療方針を決めるに際しても、まず今後どのようなことが生じるのかを知らされなければ、そもそも

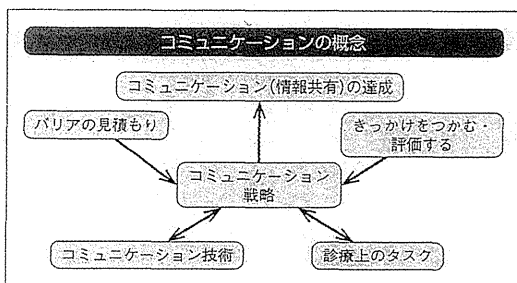


図2 コミュニケーションの戦略  
(文献8より引用)

意向を示す機会が必要であるとの認識が生じない。悪い知らせを伝えるコミュニケーションがコミュニケーション・スキルに則ったものであったとしても、現在の状態をどのように説明するのか、治療の利点・欠点をどのように説明するのか、また患者の意思表示についても判断一切を任せるのか、ある程度の大まかなところを決めることを勧めるのかなどさまざまな選択肢があり、そのどれかを選ぶかによって意向や現場の判断が変わる可能性がある。

たとえば、担当医は高齢がん患者の場合には、治療の有害事象と引き替えに得られる有益性の少なさから、高齢者には若年者と異なる選択肢を提示しがちであるとの報告がある<sup>9)</sup>。

### 意思決定能力の評価

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。しかし、わが国の代理人

制度である成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられていない。そのため、生命に関連する事態において、医師は自らが行う説明を患者が判断できるかどうかを個々の事態に合わせて判断していかなければならない。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く、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よりなされてきた<sup>10)</sup>。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<sup>11)</sup>、軽度認知障害のある患者では、能力の低下が見落とされている。

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<sup>12)</sup>。

- 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。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、代理意思決定者に情報を伝え対応を相談し、多職種を交えた検討が望まれる。

### 悪い知らせと医療者間の葛藤

悪い知らせを伝える際に、医療者は患者がどのような情報提供を望んでいるのか、治療方針を決定するうえでどこまでの情報が最低限必要なのか、その情報をどのように伝えるのかを探りつつコミュニケーションを図らなければならない。患者の意向の表示が曖昧な場合も多く、担当医に十分に伝わっていない場合も多い。このような医療現場の情報は、各職種がそれぞれ独自に把握しているものの、職種を越えてつなぎ合わせるのが少なく、そこに職種間のずれを生じることがある。

たとえば、悪い知らせに関して考える。担当医が患者に対して、悪い知らせを伝える場合には、患者が数値での予後告知(たとえば6ヵ月など)を望んでいないために予後告知ほししないと判断したことがある。一方、担当する病棟スタッフは、患者が数ヵ月後に予定されている娘の結婚式に間に合うかどうかを懸念していることを知った。この場合、担当医と病棟スタッフで情報が共有されていないためにその判断にずれが生じていると考えられる。

このような情報の偏在は多職種で協働するチームではしばしば遭遇する問題である。チームが機能するためには、「介入の全体像を把握することが必要であり、そのためには、チームメンバー間の知識の差を埋めるとともに各人が得た臨床現場の情報、各々のスキルをチームで共有することが必要」であり、この作業をナレッジマネジメントと言う。臨床現場において、診療科や各職種をまたぐ意見交換が難しい背景には、合理的な解決方法を探るための議論(ディスカッション)と感情的な非難が区別されにくい点がある。各職種の視点と役割を超えて意見交換を進めること

は、お互いの努力と熱意が必要である。時には感情的な対立を交えたやりとりになりがちで、難しい意見交換を進めるためのポイントとしては、下のような項目が提案されている<sup>13)</sup>。

- 医療者間での難しいやりとりを行うために、
1. 顔を合わせることに。
  2. 話し合うのに快適な場所と時間を選ぶこと。
  3. 適切な時間を選ぶ。怒っている時や混乱している時に対立しない。
  4. 話す内容が重要な内容であることを強調し、問題点をはっきりとさせる。
  5. 明瞭で簡潔な言葉で問題を示す。個人的な攻撃や明らかな批評はしない。
  6. 相手が応え、その状況に関する意見を述べられる機会をつくる。
  7. 仲間の意見を進んで聞くようにし、関心や心配に進んで応える。
  8. 謝罪を求めてはいけない。

## おわりに

告知に関連するコミュニケーションの課題をまとめた。どのようなコミュニケーションに関してもあてはまることではあるが、気持ちよく話し合うための場所を意識し、負担のかからないわかりやすい言葉を用いる。そのうえで、批判や批評をするのではなく、知識や現場の情報などお互いの認識を共有し合うところから進めていきたい。

## 文献

1) 内富庸介, 福江真由美, 菅川英明: がんに対する反応。サイコオンコロジー がん医療における心の医学 (山脇成人監修), 診察新社, 大阪 (1997) pp. 4-19.

- 2) Buckman R: Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J* 288: 1597-1599 (1984)
- 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) Fang F, Fall K, Mittleman MA *et al*: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *NEJM* 366(14): 1310-1318 (2012)
- 5) Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N *et al*: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-Oncology* (2014)
- 6) 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)
- 7) Fujimori M, Parker PA, Akechi T *et al*: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16: 617-625 (2007)
- 8) Brown R, Bylund C: Theoretical models of communication skill training. *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (Kissane D, Bultz B, Butow P, Ginlay I, eds). Oxford University Press, New York (2010) pp. 27-41.
- 9) Woodard S, Nadella PC, Kotur L *et al*: Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy: evidence of possible age bias? *Cancer* 98: 1141-1149 (2003)
- 10) Markson LJ, Kern DC, Annas GJ *et al*: Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 42: 1074-1080 (1994)
- 11) Karlawish J: Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals* 16: 91-98 (2008)
- 12) Appelbaum PS: Clinical Practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 357: 1834-1840 (2007)
- 13) Heaven C, Green C: Good communication: patients, families, and professionals. In: Walsh D, ed: *Palliative Medicine*, WB Saunders, Philadelphia (2009)

4 うち、  
せん妄  
① DSM-5

小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 分野長

DSM-5におけるせん妄の診断基準

- A: 注意と自覚における障害(すなわち、注意を向け、集中させ、維持し、転換させる能力の減弱と、環境についての見当識の減弱)
- B: その障害は短時間(通常数時間から数日間)のうちに出現し、注意と自覚の元来の水準からの変化を明し、一日のうちで重症度が変動する傾向がある。
- C: 認知における付加的な障害(たとえば記憶欠損、見当識障害、言語、視空間能力、あるいは知覚)
- D: AとCの障害は、以前から存在しているか、すでに確立しているか、あるいは発現しつつある別の神経認知障害(認知症)によってより長く説明されるものではなく、また器質的な重篤な発症水準の低下という背景において起こるものではない。
- E: 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が、別の身体疾患、物質の中毒あるいは離脱、毒物への曝露による直接的な生理学的減弱であるか、あるいは複数の病因によっているという証拠がある。

DSM-5における大うつ病エピソードの診断基準

- 以下の症状のうち五つ以上が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を認めている。これらの症状のうち少なくとも一つは、①抑うつ気分、または、②興味または喜びの喪失である。
- 患者自身の言明(たとえば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(たとえば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
  - ほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における、興味、喜びの著しい減退(患者の言明、または他者の観察によって示される)。
  - 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重の増加、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
  - ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
  - ほとんど毎日の精神運動性鈍慢または増進(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとかのろくなったという主観的感覚ではないもの)。
  - ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
  - ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもあり、単に自分をためたり、病気になることに対する罪の意識ではない)。
  - 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる(患者自身の言明による、または他者によって観察される)。
  - 死についての反復的思考(死の恐怖だけではなく)、特別な計画はないが反復的な自殺観念、自殺企図、または、自殺するためのはっきりした計画。

キーポイント

- せん妄やうつ病に対して、精神医学的な正確な診断をする際に、この記述に基づいて鑑別・判断する(精神科診断を行なう際には、米国精神医学会の診断基準 DSM-5 または ICD-10 (WHO の疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 版)に基づくことが大半である)。
- 診断基準であるため、精神医学のトレーニングを受けたうえで参照することが前提である。

ケアのポイント

- あわせて確認しておくべき患者情報・アセスメント事項
- DSM-5 はあくまでも診断基準であるため、重症度評価や鑑別の判断基準は精神医学的なトレーニングを受けていることが前提となります。
  - 時間がかかるため臨床で使用される場合はきわめて制限されます。用いる場合には、専門家の助言を受けながら、主要な症状を確認するために用いるのが実践的です。

手順

- 精神医学的な正確な診断を行なう際に基づく記述である。診断には時間と負担を要するため、臨床の評価ツールとして利用する場合はきわめて制限される。
- 構造化された診断面接法である SCID (structured clinical interview for DSM-IV) が公開されており、現在および過去の診断を行なうことが可能である(DSM-5 に基づく診断面接の書籍はまだ出版されていない)。

ツールのメリット・デメリット

- 臨床では、DSM に基づいて診断を行なうために構造化された(インタビュー内容が固定されている)診断面接 SCID を用います。それでも、うつ病の部分のみを用いるだけでも時間を要します(主要評価だけで 30 分程度かかるため、臨床にはなじみにくい)。
- 臨床においては、DSM に基づいて簡便化された各種評価ツール(たとえば、うつ病であれば PHQ-9、せん妄であれば CAM など)を用いるのが、患者・医療従事者双方の負担も少なく現実的です。

緩和ケア特集 見やすく使えるツールつき 緩和ケアはじめて実践マニュアル

4 うち、  
せん妄  
② CAM (confusion assessment method)

せん妄の診断・重症度判定  
小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 分野長



CAM 日本語版・短縮版ワークシート

I 急性発症および症状の変動

a) 患者の基本的な日常生活の様子から精神状態が急激に変化する徴候が認められたか?

いいえ	はい
-----	----

b) 当該(異常)行動は、生じたり消えたり、またその行動や症状が軽くなった、ひどくなる等、症状のレベルに変化があったか?

いいえ	はい
-----	----

II 注意力の減退

すぐに他のことに気を取られる、会話中、話の内容を覚えていられない等、患者は意図を集中することに困難を感じていたか?

いいえ	はい
-----	----

III 思考の解体(まとまりのない会話)

的外れまたは取りとめのない会話、不明瞭または非論理的な思考、突飛な話題の転換のように、患者の思考が変容減退であったり、一貫していなかったりしたか?

いいえ	はい
-----	----

IV 意識レベルの妄容

以上を総合して、この患者の意識レベルをどのように評価するか?

一 覚醒 (通常状態)	いいえ	はい
一 緊張 (覚醒)		
一 催眠 (うつうつするがすぐに覚醒、あるいは興奮しやすい)	(覚醒)	(緊張~昏睡)
一 昏迷 (覚醒を維持するのが難しい)		
一 昏睡 (覚醒しない)		

キーポイント

- 治療中の患者がせん妄が否かを簡便に判断する際に用いるせん妄の診断、重症度判定用のツール。
  - (一般に CAM という診断・スクリーニングに用いる short CAM を指す)
  - 簡便な認知機能検査をしつつ、そのときの行動などを観察して判定する。
- 手順
- せん妄の発症が疑われる、リスクが高い患者を対象に、定期的に実施する。
  - 簡単な認知機能検査をしつつ、施行時の様子を評価する。
  - CAM の I と II の項目を満たし、かつ、III または IV の項目に該当する場合には、せん妄を発症している疑いが強い。

ケアのポイント

合わせて確認しておくべきアセスメント事項

- せん妄の中核症状は、CAM で評価できる注意障害と睡眠覚醒リズムの障害です。夜間の睡眠状況を主観的・客観的に評価します。
- 実施時の注意点
  - CAM は、認知機能検査を実施しつつ観察することが推奨されています。
  - 認知機能検査は、患者にも負担がなく繰り返して実施できるものとして、「digit span」(数字の復唱、たとえば 3-8-2 や 7-9-6-2 などの数字を読み上げ、復唱してもらう)や「Mini-Cog™」(3つのキーワードを記憶した後、時刻をアナログ時計で図示し、再びキーワードを復唱してもらう)などが推奨されています。

- 「調べる」という態度を前面に出すと、患者の不安が高まったり、拒否をされる場合があります。あくまでも、会話のやりとりのなかから自然に導入し、不安への配慮をすることが重要です。

評価のポイント

- 検査を実施しているときに、注意障害を疑うような行動があるかどうか(具体的には、数字の復唱が止まる、言い間違える、周囲の刺激に引きずられるなど)を観察します。
- 注意の障害が一日のなかで変動する場合、せん妄を疑います。

このツールのメリット・デメリット

- CAM はせん妄の診断に使えるツールですが、細かい症状評価やサブタイプの判定はできません。また、挿管など発声が困難な場面では評価ができません。その場合は派生版の CAM-ICU を用います。

見やすく使えるツールつき 緩和ケアはじめて実践マニュアル

# 4 つつせん表 ③ HADS (hospital anxiety and depression scale)

小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 分野長



HADS (hospital anxiety and depression scale)

① 寝たいたり気持ちが張りつめたりの感じが、しょっちゅうあった	A	3	② 仕事を怠けているまたは感じる位で、ほとんど何もなかった	D	3
たびたびあった	A	2	たびたびあった	D	2
ときどきあった	A	1	ときどきあった	D	1
まったくなかった	A	0	まったくなかった	D	0
③ 音楽を聴くことを今でも楽しいと思えることが、まったく同じじゃなかった	D	0	④ 不安な気持ちが、いまだに強さを帯びてきた	A	0
かなりあった	D	1	まったくなかった	A	1
少しだけあった	D	2	ときどきあった	A	2
まったくなかった	D	3	たびたびあった	A	2
⑤ 何か楽しいことがあつて、そのせいという気分を感じる位で、しょっちゅうあつて、非常に気になった	A	3	しょっちゅうあつた	A	3
たびたびあるが、あまり気にならなかった	A	2	⑥ 自分の頭、髪型、服装に関して、関心があるから	D	3
少しあるが気にならなかった	A	1	以前よりも気を配っていた	D	2
まったくなかった	A	0	以前ほど気を配っていた	D	1
⑦ 物事の面白い面をさつたり、理解したりすることが、いつも同じじゃなかった	D	0	いつもと同じように気を配っていた	D	0
かなりできた	D	1	⑧ どのようでもいらぬほど落ちた感じが、しょっちゅうあつた	A	3
すこしだけできた	D	2	たびたびあつた	A	2
まったくできなかった	D	3	すこしだけあつた	A	1
⑨ 前職が、自分に合っていた	A	0	まったくなかった	A	0
しょっちゅうあつた	A	3	⑩ 物事を楽しまないで居ることが、いつも同じじゃあつた	D	0
たびたびあつた	A	2	以前ほどはなかった	D	1
それほど多くはないが、ときどきあつた	A	1	以前よりも明らかに少なかった	D	2
ごくたまにあつた	A	0	まったくなかった	D	3
⑪ 昔の人の良いところが、まったくなかった	D	3	⑫ 突然、理由のない恐怖感(パニック)に襲われることが、しょっちゅうあつた	A	3
たまにあつた	D	2	たびたびあつた	A	2
ときどきあつた	D	1	少しだけあつた	A	1
しょっちゅうあつた	D	0	まったくなかった	A	0
⑬ 楽に寝て、くつろぐことが、かならずできた	A	0	⑭ おもしろい本や、うつろがたりは、これまでよりもあつた	D	0
たいでいできた	A	1	たびたびできた	D	1
たまにできた	A	2	ときどきできた	D	1
まったくできなかった	A	3	⑮ たまにできた	D	2
			ほとんどまったくできなかった	D	3

Zigmond, A. et al. 北村俊則訳. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). 精神科診断学, 4, 1993, 371-2. より

## キーポイント

- HADS は、身体疾患治療中の患者の抑うつ状態や不安を評価する自己記入式ツールである。簡便で5分程度で実施できる。信頼性・妥当性とも検証されている。
- 診断告知後や積極的治療の中止の場面など、強い負荷が予想される場合に、うつ病や適応障害のスクリーニングや経過観察の評価に用いる。

## 手順

- 抑うつ・不安が疑われる患者に対して、記入を依頼する。
- 記入後に採点を行ない、得点がカットオフ値以上（日本では11点以上）の場合、強い苦痛（distress）があるとして、うつ病や適応障害を疑い、専門家によるより詳細なインタビューを行なう。

## ケアのポイント

合わせて確認しておくべきアセスメント事項

● HADS と合わせて、うつ病の主要な症状（DSM-5 に挙げられている主要9症状）の有無や重症度をインタビューで確認します。

● 複数の症状があり、日常生活への支障もあることが疑われる場合には、専門家や緩和ケアチームと連携して、診断・治療を進めます。

患者説明時の注意点

● 以前に比べ、うつ病などの評価への抵抗感は減ったものの、高齢者を中心に抵抗を感じる患者もいるため、不安に配慮をしつつ導入を図ります。具体的には、「治療中に知らぬうちに無理を重ねて、体も心も疲れる場合がしばしばあること、そのような苦痛を我慢せず話してもよいこと」を伝えます。

ツールのメリット・デメリット

● HADS はあくまでもスクリーニングツールであるため、診断に用いることはできません。得点がカットオフ値以上のときには、うつ病の可能性があるということを示す

だけであり、診断をするためには、別の系統立った症状評価が必要です。

他のツールとの組み合わせかた

● HADS も簡便なツールですが、14項目を用いることから、臨床で数多く実施するには時間を要します。より短時間で実施することを考える場合には、2項目のウルトラショートの問題票を用い、そこで陽性となった場合に HADS を実施する方法があります（2段階スクリーニング）。

● ウルトラショートの問題票には、PHQ-2 やつらざと支障の寒暖計（distress thermometer、p.70 参照）などがあります。性能はどれも同等であり、使いやすい問題票を用いればよいです。近年では DSM-IV-TR（テキスト改訂版）に基づく問題票である PHQ-9 も使われています。性能は HADS と同等です。

実施にあたっての注意点

● 精神・心理的問題に対する対応は、スクリーニングをかけるだけではなく、その後の支援を提供する体制を整備して初めて効果が出ます。ケアの提供体制と合わせて検討することが望まれます。



# 「いまや、がんは治る病気」

## —早期発見からのケアでがん治療に伴う [身体的・精神的・社会的・実存的な苦痛]は取り除ける

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科科長

がんの五年生存率は五〇%以上に増加し、緩和ケアの早期導入が叫ばれるようになった

かつて、がんは不治の病といわれていました。しかし、医学の進歩によって、がんは「治る病気」という認識に変わりつつあります。例えば、二〇〇三〜二〇〇五年にがんと診断された人の五年生存率は五八・六%です。およそ二人に一人ががんを克服していることになりました。現在、日本におけるがんの医療費が医療費全体に占める割合は、約一〇%にも上るようになりました。がんが増えつつある現状に対応するため、二〇〇七年四月に「がん対策基本法」が施行されました。

この法律にもとづいて政府が策定する「がん対策推進基本計画」の中では、「がんを診断されたときからの緩和ケアの推進」が掲げられています。従来、緩和ケアといえば、終末期に取り入れられるイメージが強くありました。しかし、現在の医療現場では、がんを診断された時点から、診療の中で生

じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになったのです。

緩和ケアでは、医療従事者だけでなく、患者さんにかかわる多くの人のチームワークが欠かせません。全国の「がん診療連携拠点病院」では、緩和ケアチームが作られ、がん患者さんの身体的な症状に対応する緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師、社会面の支援を行うソーシャルワーカーや心理面のサポートを行う臨床心理士などが連携して緩和ケアを進めています。

さらに、緩和ケアの全体を見渡す「包括的アセスメント」も行われています。がんの治療だけでなく、患者さんの生活の質(QOL)をいかに高めるかを総合的に判断するのです。

包括的アセスメントでは、緩和ケアにおいて患者さんを悩ます「苦痛」を五つに分け、①「身体的な苦痛の緩和」②「精神的な苦痛の緩和」③「社会・経

済的な苦痛の解決」↓④「心理的な苦痛の解決」↓⑤「実存的な苦痛の解決」の順序で段階的に進めていきます。

①身体的な苦痛の緩和  
がんの症状には、痛みが伴うことが多くあります。しかし、痛みの度合いを客観的に判断することはできません。痛みの感じ方は、患者さんによって千差万別だからです。

痛みには、患者さんの精神状態が大きく影響する場合があります。痛みが続いて眠れなくなったり、うつ状態になると、痛みが落ち込んだりすると、痛みをより強く感じてしまう悪循環に陥ってしまうのです。



がんはともに暮らせる病気になるつつあり、緩和ケアの早期導入が叫ばれている

【衣装協力】セシール(左・トップス)



# 「いまや、がんは治る病気」

## 早期発見からのケアでがん治療に伴う

### 「身体的・精神的・社会的・実存的な苦痛」は取り除ける

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科科長

がんの五年生存率は五〇%以上に増加し緩和ケアの早期導入が叫ばれるようになった

かつて、がんは「不治の病」といわれていました。しかし、医学の進歩によって、がんは「治る病気」という認識に変わりつつあります。例えば、二〇〇三〜二〇〇五年にがんと診断された人の五年生存率は五八・六％です。およそ二人に一人ががんを克服していることとなります。現在、日本におけるがんの医療費が医療費全体に占める割合は、約一〇%にも上るようになっています。がんが増えつつある現状に対応するため、二〇〇七年四月に「がん対策基本法」が施行されました。

この法律にもとづいて政府が策定する「がん対策推進基本計画」の中では、「がんを診断されたときからの緩和ケアの推進」が掲げられています。

従来、緩和ケアといえは、終末期に取り入れられるイメージが強くありました。しかし、現在の医療現場では、がんを診断された時点から、診療の中で生

「精神的な苦痛の緩和」↓④「社会的・経済的」↓⑤「実存的な苦痛の緩和」



じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになったのです。緩和ケアでは、医療従事者だけでなく、患者さんにかかわる多くの人とチームワークが欠かせません。全国の「がん診療連携拠点病院」では、緩和ケアチームが作られ、がん患者さんの身体的な症状に対応する緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師、社会面の支援を行うソーシャルワーカーや心理面のサポートを行う臨床心理士などが連携して緩和ケアを進めています。

さらに、緩和ケアの全体を見渡す「包括的アセスメント」も行われています。がんの治療だけでなく、患者さんの生活の質(QOL)をいかに高めるかを総合的に判断するのです。

【表紙協力】セシル(左・トップス)

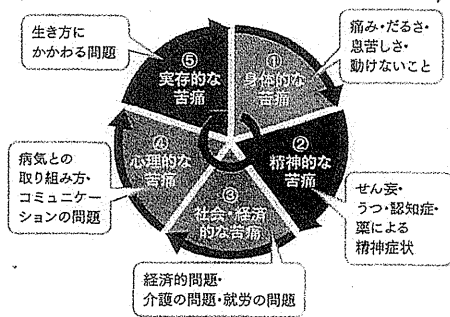
まずは、緩和できる身体的な苦痛がないかを確認します。

病気の治療だけでなく五つの苦痛への段階的なアプローチで問題を解決し生活の質も向上

②精神的な苦痛の緩和

日本では、気分が落ち込んだり元気がなくなったりしても、「気合い」や根性が足りない」と一蹴されてしまうことがありますが、確かに個人の心のあり方だけで改善できる場合もありません。

### 「5つの苦痛」への段階的アプローチ



- ①身体的な苦痛の緩和: 痛みが取れているか、だるさはないか
②精神的な苦痛の緩和: せん妄はないか、うつ病は?
③社会・経済的な苦痛の解決: 経済的負担は大丈夫か、介護負担はないか
④心理的な苦痛の解決: 病気との取り組み方、家族・医療従事者との関係
⑤実存的な苦痛の解決

※「がん患者のこころ」(ぎょうせい刊)をもとに作成
③社会・経済的な苦痛の解決
この段階で緩和ケアがたまたまわる頻度が高いのは、介護保険です。介護保険を使ったサービスを受けるには、「要介護認定」が必要です。要

介護認定は、体の状態と認知症の二つの評価から判定されますが、がんを患っているだけでは要介護の認定が下りないことがあります。そのため、患者さんが適切なサービスを受けられるように、精神腫瘍医が支援の必要性や認知症の状態を判断することもあります。
もともと精神腫瘍科の役割には、患者さんの暮らしを支えるという側面があります。例えば、金銭面の問題を解決するために生活保護を提案するなど、社会福祉の調整をすることがあります。主治医と連携しながら、患者さんの体力的・心理的な負担を考慮した復職・プログラムの考案など、就労・復職支援にかかわることもあれば、育児中のがん患者さんに保育所の利用などを提案することもあります。
いまの日本には相談支援センターやソーシャルワーカー、就労支援など、社会生活を支えるためのサービスがたくさんあります。しかし、サービス全体を把握して最適なプランをすすめる、コーディネーターが不足しているのです。
緩和ケアには、社会支援を担

すが、見逃してはいけないのは、気分が落ち込みの原因が病気の場です。
例えば、気分が落ち込みの原因がうつと判断できれば、場合によっては薬による治療が必要になり、改善することが可能です。
また、認知症の診断も重要です。軽度の認知症は家庭では気づきにくく、病室に戻れず入院で迷子になってしまったり、入院をきっかけに判明することが少なくありません。
がんの治療で大切なのは、患

者さん自身が理解・納得したうえで治療を受けることです。しかし、患者さんが認知症であれば、自分自身で判断するのが難しい場合もあります。
また、病気の判断はできても、急な体調の変化などには対応できないことがあります。そういった場合は、ソーシャルワーカーと連携して地域のボランティアに対応してもらったり、具体的な調整をすることも、緩和ケアの役目となります。
今後ますます高齢化が進行する中で、がんと認知症など、一

見無関係と思われれる病気を併発するケースが増えてくると予想されます。
④社会・経済的な苦痛の解決
この段階で緩和ケアがたまたまわる頻度が高いのは、介護保険です。介護保険を使ったサービスを受けるには、「要介護認定」が必要です。要

う側面もあります。患者さんに十分なサービスを受けてもらえるよう、さまざまな知識を共有しながら患者さんとかかわる多くの人との連携を図っていくことが、これからの課題の一つだと考えています。

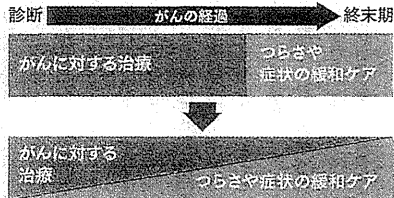
#### ④心理的な苦痛の解決

心理的な問題は、大きく二つのテーマに分けられます。一つは人間関係です。具体的には、主治医や看護師といった医療従事者との関係と、家族との関係が挙げられます。

がんを思うと家族との関係が大きく変わります。患者さんは家族に迷惑をかけたくないと思ひ、家族は患者さんとの接し方にとまどいます。若い患者さんの場合、幼い子どもに病気のことを伝えるかどうかで悩む方もいらつしやいます。そうした人間関係の悩みにアドバイスをするのも、緩和ケアの務めです。

もう一つは、がんという病気のつらいことです。がんという衝撃的な出来事から生じるさまざまな問題を、患者さんとも一つひとつ明確にしていき解決できるものから取り組んでいく方法を考えていきます。

### 緩和ケアを受ける時期の変化



終末期に取り入れられるイメージが強かった緩和ケアだが、現在の医療現場では、がんと診断された時点から、診療の中で生じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになっていく

※「がん患者のこころ」(ぎょうせい刊)をもとに作成

療連携拠点病院の指  
定要件が変わりまし  
た。これまでは、緩  
和ケアの専門チーム  
による診療を受ける  
には、主治医の紹介  
が必要でした。しか  
し今後は、看護師を  
はじめとする他の医  
療従事者からも緩和  
ケアの依頼ができる  
体制が求められるよ  
うになったのです。

さらに、都道府県  
の拠点病院には、緩和ケアセン  
ターの設置が義務づけられまし  
た。こうした改善を積み重ねる  
ことによって、患者さんが緩和  
ケアについて直接、相談できる  
体制がさらに進むことでしょう。

### がんは其生でできる 病気となり患者さんの 豊かな人生のため緩和 ケアの充実をめざす

アメリカで生まれた言葉に  
「がんサバイバー」というもの  
があります。日本では「がん  
と闘って生き残った人」という  
イメージでとらえられがちです。

しかし本来は、がんを診断され  
た後、いまを自分らしく生きよ  
うとする人たちのことを指しま  
す。

医療の進歩によって、がんは  
高血圧などの慢性疾患のよう  
にともに見られ、いける病気に  
なりつつあります。外来による治  
療が可能になり、長期入院の必  
要性も減っているからです。が  
んの種類や状態によっては、仕  
事を続けながら治療を受けるこ  
とも十分に可能なのです。

終末期に限定して考えられが  
ちだった緩和ケアですが、最近  
ではがんを診断された時点から  
患者さんへの支援が必要と考え  
られるようになりました。私は  
精神腫瘍科の医師として、さら  
に充実した緩和ケアの提供をめ  
ざしていきたいと考えています。



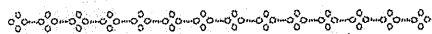
おがわ あさお

医学博士。2004年、大阪大  
学大学院医学系研究科修了  
後、国立病院機構大阪医療  
センター神経科勤務。2008年、国立がん  
センター精神腫瘍学開発部医員。2009年、  
独立行政法人国立がん研究センター東病  
院精神腫瘍学開発部ユニット長。2012年、  
同病院臨床開発センター精神腫瘍学開発  
分野ユニット長を経て、2013年より現職。  
日本サイコオンコロジー学会理事。

《新連載》

# 病棟マネジメントとしての 認知症・せん妄 対策

## 急性期病棟における 認知症・せん妄の現状と問題点



### 高齢者の増加と急性期病棟の変化

我が国は、2013年には65歳以上の老年人口が3079万人となり、全人口の24.1%を占めるに至った<sup>1)</sup>。平均寿命が延びることは、加齢と関係する疾患の発症率・有病率が増大することを意味する。同時に高齢者の人口が増加することは、何らかの加齢に関する基礎疾患（老年症候群）を持ちつつ、治療する患者が増加することも示している。超高齢社会を迎えた我が国は、高齢患者特有の問題を考慮に入れた治療のあり方を検討する必要性に迫られている。

では、高齢患者が増える結果、急性期病棟ではどのような変化が予想されるだろうか。

まず、高齢患者の増加は、受診する患者数が増加することと直結する。増え続ける患者にどのように対応していくか、特に75歳以上の人口が倍増する大都市近郊の医療問題は緊急の課題である。大都市郊外で、医療施設を今後急速に増やすことは現実的には難しい。今後、病院の能力を超えるレベルまで患者が増加し、入院医療が限界まで追い込まれる危険が出てくる。その時には、入院をしながら在宅療養環境を整えるだけの時間的な余裕はなくなってくるかもしれない。

小川朝生  
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 分野長



1999年大阪大学医学部医学科卒業。2004年国立病院機構大阪医療センター神経科医員、2007年国立がん研究センター東病院精神腫瘍科医、2009年より現職。日本サイコロソロジー学会理事。身体治療中の患者の精神心理的支援に携わり、せん妄や認知症への多職種による対応、高齢者の包括的アセスメント方法などに取り組んでいる。

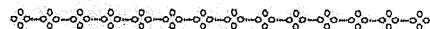
併せて問題になるのは、患者の病態の変化である。老年症候群を持った患者が増加するため、さまざまな合併症の問題が増加する。特に、精神医学的側面からは、次のような問題が浮かんでくる。

- ・認知症を合併した患者の増加（例えば、65歳以上の患者の8%は認知症を合併する）
- ・認知症があると、せん妄を発症しやすくなる（内科入院患者の約15%が入院中にせん妄を合併する）。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」「自発性の低下」が増加する（アルツハイマー病における抑うつ併発率は15～20%になる。自発性の低下は、リハビリの阻害因子となる）

このように、高齢者をケアする上で、認知症やせん妄、抑うつ症状などは高頻度で認められ、身体管理にも密接に影響する。高齢者の治療を進める上で、精神症状への対応は避けて通れない問題である。

一方、せん妄や認知症が問題と認識しつつも、どのように対応すればよいのか、悩む施設も多いのではないだろうか。悩む理由

は、何が問題になっているのか、課題が見えてこないという面もあるだろう。取り組む上で重要なことは、せん妄や認知症への対応は、今や個々のスタッフの能力に頼る時代ではなく、チームや組織として取り組む必要が出てきている点である。第一回である本稿では、高齢者の精神症状として重要な課題であるせん妄・認知症を中心に現状とその問題点（表）をまとめてみたい。



### せん妄の症状と治療・ケア

せん妄は、急性に生じる注意力障害を主体とした精神神経症状の総称である。高齢の入院患者において最も高頻度に認められる精神神経症状であり、治療のあらゆる時期に出現する。

せん妄では、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出現する。せん妄は、転倒・転落やラインの自己抜去などの医療安全面から問題として挙げがちであるが、一方で家族や医療者とのコミュニケーションを阻害する因子ともなり、身体症状のコントロールを不良にする。また、せん妄自体が全身状態の不良を示す徴候であり、早期の発見・対応は、身体症状管理上でも重要である。

### ◆疫学

急性期一般病院においては、入院中の患者の有症率は内科病棟で15～20%、高齢者病棟で約30%との報告がある。緩和ケア病棟では入院時点で20～45%で、その後全身状態が悪くなるにつれて上昇し、死亡前には83%に達する<sup>2,3)</sup>。

### ◆マネジメント（薬物療法、非薬物療法、日常生活の支援）

せん妄は診断と同時にその原因を検索し、

### 表 ● 急性期病院における 認知症の治療・ケアの課題

コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併  
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、身体治療のできない精神科病院の受け入れは困難（院内コンサルテーションで対応するしかない）
3. 院内の連携（コンサルテーションに出ない）
4. せん妄を含め、スタッフの知識・技能・経験の不足  
①不適切な対応が症状の増悪を招く（身体抑制など）  
②在院日数の延長  
③無理な退院と再入院  
④家族に過度の負担を強いる（24時間の付添を要請）
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題（見逃されている）
6. 退院調整に時間を要する

↓  
認知症と身体治療を両方可能な施設は  
極めて少ない

平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改題

回復・修正可能な原因を同定する必要がある。高齢者の場合、せん妄発症の要因として、1. 薬剤、2. 脱水、3. 感染が絡むことが多い。特に見落としとしてはならないのは、薬剤（ベンゾジアゼピン系薬剤、抗コリン薬）である。また、がん患者においては、オピオイドが関連するせん妄が20～50%と多い。オピオイドの適切なタイトレーションと併せてせん妄への対応を進める必要があり、疼痛のアセスメントと連動した対策が必要である。

### ◆薬物療法

せん妄の治療は、ほとんどの場合、抗精神病薬を用いた薬物療法を実施する。抗精神病薬は、もともと統合失調症や双極性障害の治療薬として開発された薬剤であるが、せん妄の治療においても標準治療薬に位置付けられ

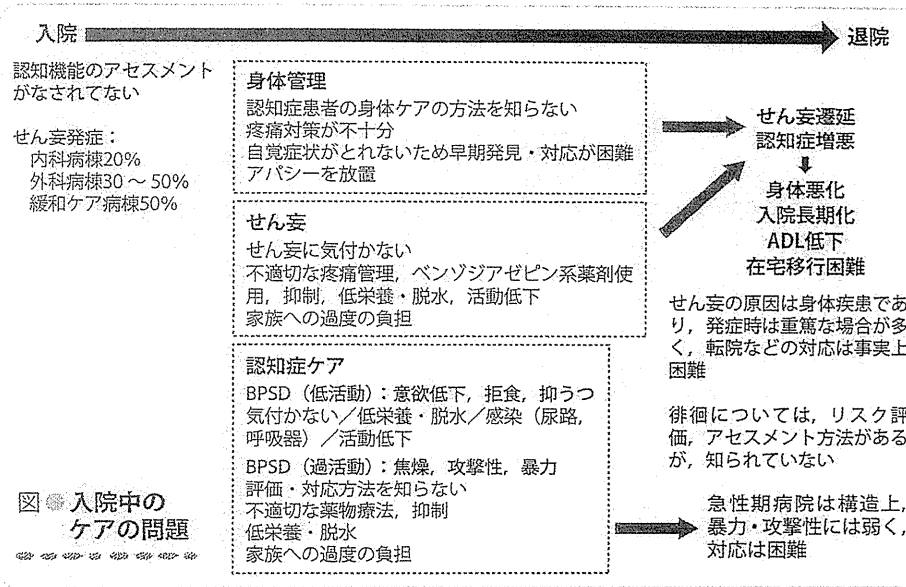


図 入院中のケアの問題

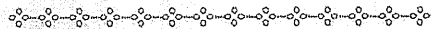
る。抗精神病薬の治療効果については、2000年以降、術後せん妄を対象に無作為化比較試験も行われるようになった。

### ※非薬物療法

非薬物療法では、せん妄の増悪因子となる環境要因を減らすために、多職種による複合プログラムが有効性を示している。介入のポイントは、次の2点である。

- ・入院初期のハイリスク患者の同定
- ・ハイリスク患者に対する繰り返しの評価

せん妄は見落としが多いことから、評価の定まったスクリーニングをチームとして実施し、発症予防と重症化予防の対策を徹底して行うことが鍵である。我が国では個別のケアに関心が向きがちであるが、看護ケアが効果を発揮するためには、網羅性と継続性が必要であり、組織的な取り組みが求められる。



### 認知症の症状と治療・ケア(図)

認知症は、「一度正常に発達した認知機能

が、後天的な器質性障害（神経変性など）により低下し、日常生活や社会生活に支障を来すようになった状態」を指す。

認知症を考える上で注意したい点は、「認知症（dementia）」は、特定の疾患に対する診断名というよりは、臨床的な状態像として用いられる点である。特に近年では、「認知症＝アルツハイマー病」との誤解が生じがちであるが、認知症の中にはほかの疾患（例えば、血管性認知症、レビー小体型認知症など）を含む。

認知症の罹患率は、過去には65歳以上の人口の4%程度と見積もられていたが、近年では高齢人口の増加や日常生活障害が重視されるようになった影響もあり、65歳以上の10%程度と見積もられている。平成21～24年度の調査では、全国の認知症の全国有病率推定値は15%（約439万人）、Mild Cognitive Impairment（正常と認知症の中間状態）の全国有病率推定値は13%（MCI有病者数は約380万人）とされている<sup>4)</sup>。

これほど認知症の有病率が高いにもかかわらず、急性期病院においては認知症が高い頻度で見落とされている。海外においても、認知症患者は急性期一般病棟の9～50%に認められるが、認知症患者のうち正確な診断を受けている者は半数以下であり、しかも入院してから気付かれることがしばしばある。高齢者病棟に入院したが患者の27%に認知機能障害を認めたと、そのうちの36%は認知機能障害（認知症、せん妄）のアセスメントがなされていなかった<sup>2)</sup>。

### ※身体治療を進める上での認知症の影響

認知症の症状という、「もの忘れ」のイメージが強い。しかし、認知症患者の治療を進める上では、実行機能障害の評価が重要である。

実行機能（executive function）とは、「目的のある一連の行動を有効に行うために必要な、計画・実行・監視能力などを含む認知機能」を指す。実行機能が障害されると、「決まり切ったやり方がないようなこと、新しいことへの対応がうまくできなくなる」なる。日常生活では、料理の手順がうまく組めなくなる、銀行での手続きができなくなるなどで気付かれる。この障害は通常、認知症が明らかになる（この時点で中等度まで進行していることが多く、記憶力が低下し、服を着ることができなくなるなど、日常生活に支障が出現する）前の軽度の段階で出現する。治療の場面では、認知症とは気付かれず、次のようなことで問題と気付かれる。

- ・症状が出た時の緊急受診の相談や来院ができない
- ・屯用薬がうまく使えない
- ・症状の変化を医療者に伝えられない

また、認知症の問題という、認知症に伴う精神症状・行動異常（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）があり、大声や介護への抵抗などが挙げられる。しかし、BPSDには自発性の低下（抑うつ）や拒食など、医療者が気付きにくい活動低下型のBPSDもある。この場合、自発性の低下が放置され、ADLの低下が気付かれぬままに進行し、在宅移行が困難になるという問題がある。

### ※意思決定能力の評価

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。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。

意思決定能力の欠如とは、自己の決断や行動が求められる状況において、特定の決断や行動をする能力に欠けている、という意味で使われる。

意思決定能力がないことを判断する際には、次の2点を押さえるべきである。

- ・精神や脳に機能障害があること、または精神や脳の働きに影響を与える外乱があること
  - ・障害や外乱が、特定の意思決定能力に影響を与えていること
- 詳細に述べると、次のようになる。
- ・意思決定がなされるべきことに関する情報を患者が理解する
  - ・患者がその情報を心にとめておくことができる
  - ・患者がその情報を意思決定プロセスの一部として使用したり、検討したりすることができる
  - ・決断を伝えることができる