

(4)薬物療法

せん妄の治療は、ほとんどの場合は抗精神病薬を用いた薬物療法を実施する。抗精神病薬は、もともとは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づけられる。抗精神病薬の治療効果は症例報告やオープントライアルを中心に検討されてきたが、2000年以降、術後せん妄を対象に無作為比較試験も行われるようになった<sup>16)</sup>。抗精神病薬の有効性を示した報告が多いが、概して小規模な試験が多く背景因子が整えられていないこと、有害事象評価が十分になされていないことなどの問題がある。

(5)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数の介入をまとめたプログラムが検討されている。高齢者病棟においてCAM(Confusion Assessment Method)やNu-DESC(The Nursing Delirium Screening Scale)など評価の定まったスクリーニングを実施し、その上で老年医学の専門家によるコンサルテーションの介入が行われたが、在院期間や死亡リスクには影響しなかった<sup>17)</sup>。

2. 認知症

認知症とは、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)により持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。認知症の定義はいくつか提唱されているが、代表的なものにDSM-5がある。認知症の罹患率は65歳で1.5%、70歳で約4%、75歳で約7%、80歳で約15%であり、およそ65歳以上の10人に1人が診断基準を満たす<sup>18)</sup>。わが国では高齢化に伴い認知症患者も増加していると見積もられ、2009~2012年度の調査では、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)と推定されている<sup>19)</sup>。

認知症には大きく4種の病型があり、最も有病率の高いアルツハイマー病をはじめとして血管性認知症、レビー小体病、前頭側頭葉型認知症とある(表1)。それぞれの病型ごとに、臨床症状が異なり、日常生活への支障の現れ方が異

なる。

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。認知機能障害とがん治療との関係では、以下のような問題がある。

- ①認知機能障害が治療の意思決定能力自体に影響を与える。
  - ②認知機能障害があると、経口抗がん剤のスケジュール通りの内服が難しくなり、過量投与のリスクとなる。
  - ③有害事象を理解し、受診や支援が必要となるに、自ら判断することができない。
- たとえば外来の場においては、以下のような問題が生じる危険性がある。
- ①経口抗がん剤の服薬を間違える。
  - ②化学療法に伴うセルフケアができない。
  - ③治療方針が理解できない、決定できない。
  - ④オピオイドの内服を間違える。

特に経口内服薬のアドヒアランス(医療者の勧めに同意をして、患者が自ら行動を起こすこと)を確保することは治療成績を向上させる上でも重要であるが、臨床試験においても決して高くはない。

治療と関連して、認知症を合併したがん患者は、進行がんの比率が高く、stagingが不明の患者が多い<sup>10)</sup>。また、認知症の既往は予後にも影響する。乳がんや前立腺がん、大腸がんを対象とした米国のMedicareのデータベースを用いた後方視的研究では<sup>20)</sup>、非認知症のがん患者の6か月以内の死亡率が8.5%であったのに対して、認知症を合併した場合には33%に上った。死因別に検討すると、認知症を合併した患者では、がんに関連する死亡もがんに関連しない死亡もともに上昇していた。認知症を合併したがん患者では、stageが不明の症例が多く、死亡率上昇の13.6%(結腸・直腸がん)から16.4%(乳がん)は、がんが進行期であることで説明ができた。一方、前立腺がんにおいては、病期を調整すると、認知症はがん関連死にはほとんど影響しないと見積もられており、がん種による差は今後の検討課題である。

認知症に関しては、前向き研究による詳細な検討が必要であるが、認知症を合併した場合に病期の影響が小さいことは、早期発見のための

表1 認知症の病態、病状の比較

発症のメカニズム	発症部位	中枢症状	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タンパクの脳内沈積が原因となっており、神経細胞死に至る	脳皮質、頭頂葉を中心とした部位から始まり、次第的な機能低下に至る	記憶障害：最近の出来事や思い出せない、思い出せない、忘れたことと自分で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。最初は見当を間違え、夜中に閉戸を開けたりするようになる。 実行機能障害：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中で意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい	抑うつ、意欲の低下、実行機能の低下に伴って、作業の負担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変化がからむ 妄想：物忘れ妄想が多い物をどこかにしまし、しまった場所がわからなくなる、そのような身近な介護者が盗んだと確信し(徘徊)失禁	認知症の進行を遅らせる薬(ドネペジル)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(副作用)に対するメカニズムを発見し、その対応をする
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	視覚・聴覚を生じた部位に関連して器質性障害が生じる	情動の変動：気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中で意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい	抑うつ、不安、病初期には記憶障害や幻覚が生じて、意欲の低下や抑うつ気分、不安な状態(パーキンソン病)を呈する	視覚・聴覚・出血に関連した神経障害への対応(無下眼瞼、片麻痺など) 安定した環境の提供 せん妄の予防と対応
レビー小体病 αシヌクレインが常量より多量に蓄積し、神経細胞死を誘発する	前頭葉を中心とした部位(視)から始まり、次第的な機能低下に至る	常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中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：最近の出来事や思い出せない、忘れたことと自分で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。仕事を効率的にこなせなくなる。女性では、切る、切る、切らぬなどのそれぞれの動作はできなくなるもの、一つの料理を完成させることができないもの、気分の変化(怒りっぽくなる、落ち込む)が生じやすい 常同行動：1日や数日の中で意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい	抑うつ、不安、病初期には記憶障害や幻覚が生じて、意欲の低下や抑うつ気分、不安な状態(パーキンソン病)を呈する	抑うつ、不安への対応；薬物調整や薬物療法を行う 幻覚に対しては、毎服ドネペジルを使用 せん妄に対しては、パーキンソン病の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭側頭葉型認知症 3リペー2クワの蓄積が関係	前頭葉から側頭葉にかけての機能障害	抑うつ、不安、病初期には記憶障害や幻覚が生じて、意欲の低下や抑うつ気分、不安な状態(パーキンソン病)を呈する	抑うつ、不安、病初期には記憶障害や幻覚が生じて、意欲の低下や抑うつ気分、不安な状態(パーキンソン病)を呈する	抑うつ、不安への対応；薬物調整や薬物療法を行う 幻覚に対しては、毎服ドネペジルを使用 せん妄に対しては、パーキンソン病の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する

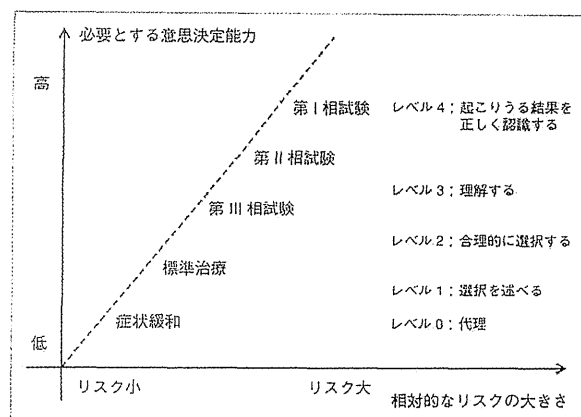


図1 治療に伴うリスクと必要となる意思決定能力のレベルとの関係

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いいのか、法的な回答はない。そのため、生命に関連する事象において、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象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押しづらいう面も事実である。

### おわりに

高齢者の抗がん治療と関連して、精神状態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. 内宮庸介・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. 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 LL, 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, Mâsse 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.

\* \* \*

## 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。そのためにも、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、面談のあとに患者・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

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、「もう何をしても無駄だ、治療をしても意味がない」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週の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て訪れる点にある。各々の場面において、患者-医療者が円滑な

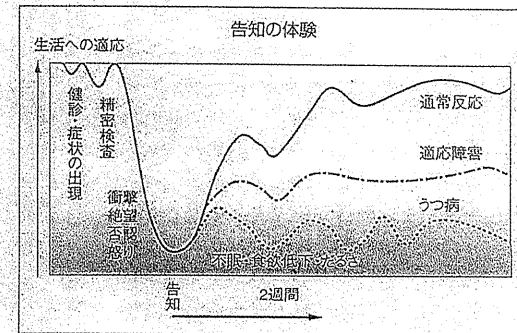


図1 告知と通常反応  
(文献1より引用)

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な心理的苦痛を伴う。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倍にもものぼる<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受け取るか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

\* 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 科長

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。全体をとらえて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>9)</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うるのかを知らされなければ、そもそも

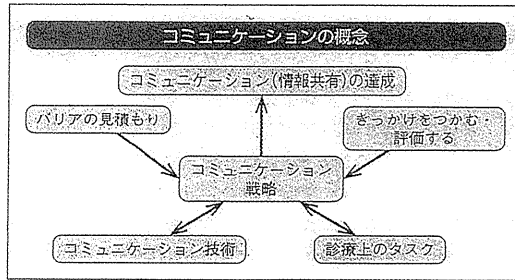


図2 コミュニケーションの戦略  
(文献8より引用)

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が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、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ことが少なく、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はしないと判断した場合がある。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。
  2. 話し合うのに快適な場所と時間を選ぶ。
  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) 内倉庸介, 福江英由美, 皆川英明: 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), 診療新社, 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)

見やすく使えるツールつき 実践マニュアル

# 4 うつ・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、注意を向く、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: その障害は急性 (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、一日のうちで顕著な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、すでに存在しているか、あるいは発現しつつある別の神経認知障害 (認知症) によってより良く説明されるのではなく、また昏睡のような意識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、薬物への曝露による直接的な生理学的障害であるか、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起こしている。これらの症状のうち少なくとも一つは、①うつ気分、または、②興味または喜びの喪失である。
- ① 患者自身の苦悶 (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、ほとんど毎日のうつ気分。
  - ② 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 (患者の自明、または他者の観察によって示される)。
  - ③ 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。
  - ④ ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
  - ⑤ ほとんど毎日の精神運動性基線または抑制 (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)。
  - ⑥ ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
  - ⑦ 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悪感 (妄想的であることもあり、単に自分をとがめたり、病気になることに対する罪の意識ではない)。
  - ⑧ 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 (患者自身の自明による、または他者によって観察される)。
  - ⑨ 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、米国家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。

### 手順

- 精神医学的な正確な診断を行なう際に基づき記述である。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面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)。

### 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面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。

### 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。

## 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 日本語短縮版のワークシート

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

ボックス1

はい いいえ

はい いいえ

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り、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 注意の欠陥

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ない等、患者は意識を集中させることに困難を感じていたか? いいえ はい

### III 思考の解体 (まどまど) のない会話

的を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、患者の思考が支離滅裂であったり、一貫していなかったりしたか? いいえ はい

ボックス2

はい いいえ

はい いいえ

### IV 意識水準の低下

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?  
— 覚醒 (通常状態) いいえ はい

— 覚醒 (過覚醒) いいえ はい

— 半醒 (うつらうつらするがすぐに覚醒、あるいは興奮しやすい) いいえ はい

— 昏迷 (覚醒を維持するのが難しい) いいえ はい

— 昏睡 (覚醒しない) いいえ はい

### キーポイント

- 治療中の患者がせん妄か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

- 「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。
  - 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。

見えてすぐ使えるツールつき 緩和ケアはじめて実践マニュアル  
うつスクリーニング

4.うつ・せん妄 **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 突然気分が落ち込んだり涙が出るようになった	A	3	⑩ 仕事を怠けているように感じるかどうか	D	3			
② しょっちゅう泣いた	A	2	⑪ ほとんど何もなかった	D	0			
③ たびたびあった	A	1	⑫ たびたびあった	D	2			
④ ときどきあった	A	1	⑬ ときどきあった	A	1			
⑤ まったくなかった	A	0	⑭ まったくなかった	D	0			
⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	D	0	②0 ②1 ②2 ②3 ②4 ②5 ②6 ②7 ②8 ②9 ③0 ③1 ③2 ③3 ③4 ③5 ③6 ③7 ③8 ③9 ④0 ④1 ④2 ④3 ④4 ④5 ④6 ④7 ④8 ④9 ⑤0 ⑤1 ⑤2 ⑤3 ⑤4 ⑤5 ⑤6 ⑤7 ⑤8 ⑤9 ⑥0 ⑥1 ⑥2 ⑥3 ⑥4 ⑥5 ⑥6 ⑥7 ⑥8 ⑥9 ⑦0 ⑦1 ⑦2 ⑦3 ⑦4 ⑦5 ⑦6 ⑦7 ⑦8 ⑦9 ⑧0 ⑧1 ⑧2 ⑧3 ⑧4 ⑧5 ⑧6 ⑧7 ⑧8 ⑧9 ⑨0 ⑨1 ⑨2 ⑨3 ⑨4 ⑨5 ⑨6 ⑨7 ⑨8 ⑨9 ⑩0 ⑩1 ⑩2 ⑩3 ⑩4 ⑩5 ⑩6 ⑩7 ⑩8 ⑩9 ⑪0 ⑪1 ⑪2 ⑪3 ⑪4 ⑪5 ⑪6 ⑪7 ⑪8 ⑪9 ⑫0 ⑫1 ⑫2 ⑫3 ⑫4 ⑫5 ⑫6 ⑫7 ⑫8 ⑫9 ⑬0 ⑬1 ⑬2 ⑬3 ⑬4 ⑬5 ⑬6 ⑬7 ⑬8 ⑬9 ⑭0 ⑭1 ⑭2 ⑭3 ⑭4 ⑭5 ⑭6 ⑭7 ⑭8 ⑭9 ⑮0 ⑮1 ⑮2 ⑮3 ⑮4 ⑮5 ⑮6 ⑮7 ⑮8 ⑮9 ⑯0 ⑯1 ⑯2 ⑯3 ⑯4 ⑯5 ⑯6 ⑯7 ⑯8 ⑯9 ⑰0 ⑰1 ⑰2 ⑰3 ⑰4 ⑰5 ⑰6 ⑰7 ⑰8 ⑰9 ⑱0 ⑱1 ⑱2 ⑱3 ⑱4 ⑱5 ⑱6 ⑱7 ⑱8 ⑱9 ⑲0 ⑲1 ⑲2 ⑲3 ⑲4 ⑲5 ⑲6 ⑲7 ⑲8 ⑲9 ⑳0 ⑳1 ⑳2 ⑳3 ⑳4 ⑳5 ⑳6 ⑳7 ⑳8 ⑳9 ㉑0 ㉑1 ㉑2 ㉑3 ㉑4 ㉑5 ㉑6 ㉑7 ㉑8 ㉑9 ㉒0 ㉒1 ㉒2 ㉒3 ㉒4 ㉒5 ㉒6 ㉒7 ㉒8 ㉒9 ㉓0 ㉓1 ㉓2 ㉓3 ㉓4 ㉓5 ㉓6 ㉓7 ㉓8 ㉓9 ㉔0 ㉔1 ㉔2 ㉔3 ㉔4 ㉔5 ㉔6 ㉔7 ㉔8 ㉔9 ㉕0 ㉕1 ㉕2 ㉕3 ㉕4 ㉕5 ㉕6 ㉕7 ㉕8 ㉕9 ㉖0 ㉖1 ㉖2 ㉖3 ㉖4 ㉖5 ㉖6 ㉖7 ㉖8 ㉖9 ㉗0 ㉗1 ㉗2 ㉗3 ㉗4 ㉗5 ㉗6 ㉗7 ㉗8 ㉗9 ㉘0 ㉘1 ㉘2 ㉘3 ㉘4 ㉘5 ㉘6 ㉘7 ㉘8 ㉘9 ㉙0 ㉙1 ㉙2 ㉙3 ㉙4 ㉙5 ㉙6 ㉙7 ㉙8 ㉙9 ㉚0 ㉚1 ㉚2 ㉚3 ㉚4 ㉚5 ㉚6 ㉚7 ㉚8 ㉚9 ㉛0 ㉛1 ㉛2 ㉛3 ㉛4 ㉛5 ㉛6 ㉛7 ㉛8 ㉛9 ㉜0 ㉜1 ㉜2 ㉜3 ㉜4 ㉜5 ㉜6 ㉜7 ㉜8 ㉜9 ㉝0 ㉝1 ㉝2 ㉝3 ㉝4 ㉝5 ㉝6 ㉝7 ㉝8 ㉝9 ㉞0 ㉞1 ㉞2 ㉞3 ㉞4 ㉞5 ㉞6 ㉞7 ㉞8 ㉞9 ㉟0 ㉟1 ㉟2 ㉟3 ㉟4 ㉟5 ㉟6 ㉟7 ㉟8 ㉟9 ㊱0 ㊱1 ㊱2 ㊱3 ㊱4 ㊱5 ㊱6 ㊱7 ㊱8 ㊱9 ㊲0 ㊲1 ㊲2 ㊲3 ㊲4 ㊲5 ㊲6 ㊲7 ㊲8 ㊲9 ㊳0 ㊳1 ㊳2 ㊳3 ㊳4 ㊳5 ㊳6 ㊳7 ㊳8 ㊳9 ㊴0 ㊴1 ㊴2 ㊴3 ㊴4 ㊴5 ㊴6 ㊴7 ㊴8 ㊴9 ㊵0 ㊵1 ㊵2 ㊵3 ㊵4 ㊵5 ㊵6 ㊵7 ㊵8 ㊵9 ㊶0 ㊶1 ㊶2 ㊶3 ㊶4 ㊶5 ㊶6 ㊶7 ㊶8 ㊶9 ㊷0 ㊷1 ㊷2 ㊷3 ㊷4 ㊷5 ㊷6 ㊷7 ㊷8 ㊷9 ㊸0 ㊸1 ㊸2 ㊸3 ㊸4 ㊸5 ㊸6 ㊸7 ㊸8 ㊸9 ㊹0 ㊹1 ㊹2 ㊹3 ㊹4 ㊹5 ㊹6 ㊹7 ㊹8 ㊹9 ㊺0 ㊺1 ㊺2 ㊺3 ㊺4 ㊺5 ㊺6 ㊺7 ㊺8 ㊺9 ㊻0 ㊻1 ㊻2 ㊻3 ㊻4 ㊻5 ㊻6 ㊻7 ㊻8 ㊻9 ㊼0 ㊼1 ㊼2 ㊼3 ㊼4 ㊼5 ㊼6 ㊼7 ㊼8 ㊼9 ㊽0 ㊽1 ㊽2 ㊽3 ㊽4 ㊽5 ㊽6 ㊽7 ㊽8 ㊽9 ㊾0 ㊾1 ㊾2 ㊾3 ㊾4 ㊾5 ㊾6 ㊾7 ㊾8 ㊾9 ㊿0 ㊿1 ㊿2 ㊿3 ㊿4 ㊿5 ㊿6 ㊿7 ㊿8 ㊿9	D	0	②0 ②1 ②2 ②3 ②4 ②5 ②6 ②7 ②8 ②9 ③0 ③1 ③2 ③3 ③4 ③5 ③6 ③7 ③8 ③9 ④0 ④1 ④2 ④3 ④4 ④5 ④6 ④7 ④8 ④9 ⑤0 ⑤1 ⑤2 ⑤3 ⑤4 ⑤5 ⑤6 ⑤7 ⑤8 ⑤9 ⑥0 ⑥1 ⑥2 ⑥3 ⑥4 ⑥5 ⑥6 ⑥7 ⑥8 ⑥9 ⑦0 ⑦1 ⑦2 ⑦3 ⑦4 ⑦5 ⑦6 ⑦7 ⑦8 ⑦9 ⑧0 ⑧1 ⑧2 ⑧3 ⑧4 ⑧5 ⑧6 ⑧7 ⑧8 ⑧9 ⑨0 ⑨1 ⑨2 ⑨3 ⑨4 ⑨5 ⑨6 ⑨7 ⑨8 ⑨9 ⑩0 ⑩1 ⑩2 ⑩3 ⑩4 ⑩5 ⑩6 ⑩7 ⑩8 ⑩9 ⑪0 ⑪1 ⑪2 ⑪3 ⑪4 ⑪5 ⑪6 ⑪7 ⑪8 ⑪9 ⑫0 ⑫1 ⑫2 ⑫3 ⑫4 ⑫5 ⑫6 ⑫7 ⑫8 ⑫9 ⑬0 ⑬1 ⑬2 ⑬3 ⑬4 ⑬5 ⑬6 ⑬7 ⑬8 ⑬9 ⑭0 ⑭1 ⑭2 ⑭3 ⑭4 ⑭5 ⑭6 ⑭7 ⑭8 ⑭9 ⑮0 ⑮1 ⑮2 ⑮3 ⑮4 ⑮5 ⑮6 ⑮7 ⑮8 ⑮9 ⑯0 ⑯1 ⑯2 ⑯3 ⑯4 ⑯5 ⑯6 ⑯7 ⑯8 ⑯9 ⑰0 ⑰1 ⑰2 ⑰3 ⑰4 ⑰5 ⑰6 ⑰7 ⑰8 ⑰9 ⑱0 ⑱1 ⑱2 ⑱3 ⑱4 ⑱5 ⑱6 ⑱7 ⑱8 ⑱9 ⑲0 ⑲1 ⑲2 ⑲3 ⑲4 ⑲5 ⑲6 ⑲7 ⑲8 ⑲9 ⑳0 ⑳1 ⑳2 ⑳3 ⑳4 ⑳5 ⑳6 ⑳7 ⑳8 ⑳9 ㉑0 ㉑1 ㉑2 ㉑3 ㉑4 ㉑5 ㉑6 ㉑7 ㉑8 ㉑9 ㉒0 ㉒1 ㉒2 ㉒3 ㉒4 ㉒5 ㉒6 ㉒7 ㉒8 ㉒9 ㉓0 ㉓1 ㉓2 ㉓3 ㉓4 ㉓5 ㉓6 ㉓7 ㉓8 ㉓9 ㉔0 ㉔1 ㉔2 ㉔3 ㉔4 ㉔5 ㉔6 ㉔7 ㉔8 ㉔9 ㉕0 ㉕1 ㉕2 ㉕3 ㉕4 ㉕5 ㉕6 ㉕7 ㉕8 ㉕9 ㉖0 ㉖1 ㉖2 ㉖3 ㉖4 ㉖5 ㉖6 ㉖7 ㉖8 ㉖9 ㉗0 ㉗1 ㉗2 ㉗3 ㉗4 ㉗5 ㉗6 ㉗7 ㉗8 ㉗9 ㉘0 ㉘1 ㉘2 ㉘3 ㉘4 ㉘5 ㉘6 ㉘7 ㉘8 ㉘9 ㉙0 ㉙1 ㉙2 ㉙3 ㉙4 ㉙5 ㉙6 ㉙7 ㉙8 ㉙9 ㉚0 ㉚1 ㉚2 ㉚3 ㉚4 ㉚5 ㉚6 ㉚7 ㉚8 ㉚9 ㉛0 ㉛1 ㉛2 ㉛3 ㉛4 ㉛5 ㉛6 ㉛7 ㉛8 ㉛9 ㉜0 ㉜1 ㉜2 ㉜3 ㉜4 ㉜5 ㉜6 ㉜7 ㉜8 ㉜9 ㉝0 ㉝1 ㉝2 ㉝3 ㉝4 ㉝5 ㉝6 ㉝7 ㉝8 ㉝9 ㉞0 ㉞1 ㉞2 ㉞3 ㉞4 ㉞5 ㉞6 ㉞7 ㉞8 ㉞9 ㉟0 ㉟1 ㉟2 ㉟3 ㉟4 ㉟5 ㉟6 ㉟7 ㉟8 ㉟9 ㊱0 ㊱1 ㊱2 ㊱3 ㊱4 ㊱5 ㊱6 ㊱7 ㊱8 ㊱9 ㊲0 ㊲1 ㊲2 ㊲3 ㊲4 ㊲5 ㊲6 ㊲7 ㊲8 ㊲9 ㊳0 ㊳1 ㊳2 ㊳3 ㊳4 ㊳5 ㊳6 ㊳7 ㊳8 ㊳9 ㊴0 ㊴1 ㊴2 ㊴3 ㊴4 ㊴5 ㊴6 ㊴7 ㊴8 ㊴9 ㊵0 ㊵1 ㊵2 ㊵3 ㊵4 ㊵5 ㊵6 ㊵7 ㊵8 ㊵9 ㊶0 ㊶1 ㊶2 ㊶3 ㊶4 ㊶5 ㊶6 ㊶7 ㊶8 ㊶9 ㊷0 ㊷1 ㊷2 ㊷3 ㊷4 ㊷5 ㊷6 ㊷7 ㊷8 ㊷9 ㊸0 ㊸1 ㊸2 ㊸3 ㊸4 ㊸5 ㊸6 ㊸7 ㊸8 ㊸9 ㊹0 ㊹1 ㊹2 ㊹3 ㊹4 ㊹5 ㊹6 ㊹7 ㊹8 ㊹9 ㊺0 ㊺1 ㊺2 ㊺3 ㊺4 ㊺5 ㊺6 ㊺7 ㊺8 ㊺9 ㊻0 ㊻1 ㊻2 ㊻3 ㊻4 ㊻5 ㊻6 ㊻7 ㊻8 ㊻9 ㊼0 ㊼1 ㊼2 ㊼3 ㊼4 ㊼5 ㊼6 ㊼7 ㊼8 ㊼9 ㊽0 ㊽1 ㊽2 ㊽3 ㊽4 ㊽5 ㊽6 ㊽7 ㊽8 ㊽9 ㊾0 ㊾1 ㊾2 ㊾3 ㊾4 ㊾5 ㊾6 ㊾7 ㊾8 ㊾9 ㊿0 ㊿1 ㊿2 ㊿3 ㊿4 ㊿5 ㊿6 ㊿7 ㊿8 ㊿9	D	0

Zigmond, A. et al. 北村俊剛訳. 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  
手順

- 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。
- 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 の質問票を用い、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 の質問票には、PHQ-2 やつらさと支障の寒暖計 (distress thermometer, p.70 参照) などがあります。性能はどれも同等であり、使いやすい質問票を用いればよいです。近年では DSM-IV-TR (テキスト改訂版) に基づく質問票である 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。およそ一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%にも上るようになりました。がんが増えつつけ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、「がんと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なりました。しかし、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、気持ち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。



【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になります。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なりました。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

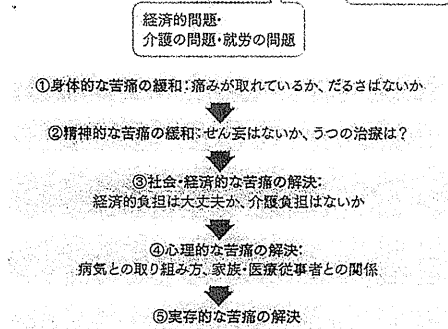
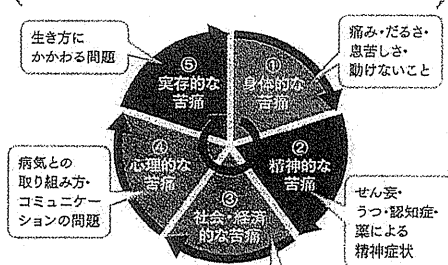
じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになったのです。緩和ケアでは、医療従事者だけでなく、患者さんにかかわる多くのひとのチームワークが欠かせません。全国の「がん診療連携拠点病院」では、緩和ケアチームが作られ、がん患者さんの身体的な症状に対応する緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師、社会面の支援を行うソーシャルワーカーや心理面のサポートを行う臨床心理士などが連携して緩和ケアを進めています。

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が、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「社会的な苦痛の緩和」④「実存的な苦痛の緩和」の順で段階的に進めていきます。



【表紙協力】セシール(左・トプス)

### 「5つの苦痛」への段階的アプローチ



※「がん患者のこころ」(ぎょうせい刊)をもとに作成

「要介護認定」が必要で、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を考えるなど、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

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しだいでも改善できる場合もあります。

すが、見逃してはいけないのは、気分の落ち込みの原因が病気の場合作です。

例えば、判断の落ち込みの原因がうつと診断できれば、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いうなど、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、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おうなど、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、がんも認知症など、一見無関係と思われる病気を併発するケースが増えてくる予想されます。

③ 社会・経済的な苦痛の解決  
この段階で緩和ケアがたずさわると、介護保険の額は、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、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。

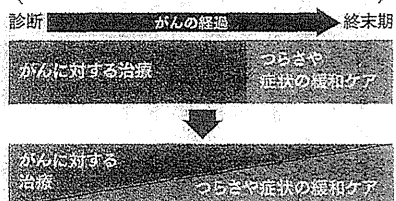
#### ④ 心理的な苦痛の解決

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。

がんを患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いう悩み、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っしゃいます。そうした人間関係の悩みにアドバイスをすることも、緩和ケアの務めです。

もう一つは、がんという病気とのつきあい方です。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、がんが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る

※「がん患者のこころ」(ぎょうせい刊)をもとに作成

#### ⑤ 実存的な苦痛の解決

「実存的な苦痛」というと少々難しく聞こえますが、緩和ケアにおいては「人生を生きる意味・目的、生きがい」や「信念」といった「自分の存在と意味の喪失から生じる苦痛」を表します。緩和ケアの最終的な目標は、患者さんやご家族が納得したうえで最適な治療を受け、患者さんが自分らしく豊かな人生を実現していくことです。そのためには、それぞれ段階で適切に判断し、患者さんが抱える問題に対して最適な答えを探していくことが重要なのです。

二〇一四年の春から、がん診

療連携拠点病院の指し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。

### がんは共生できる 病気になる患者さんの 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、がんが診断された後、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らえられていく病気になるにつれ、外來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、最近ではがんが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長。2012年、同病院長。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・有病率が增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年国立がんセンター東病院精神腫瘍科医、2009年より現職。日本サイコオンコロジー学会理事。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の併発率は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。悩む理由に

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拳がりがちであるが、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

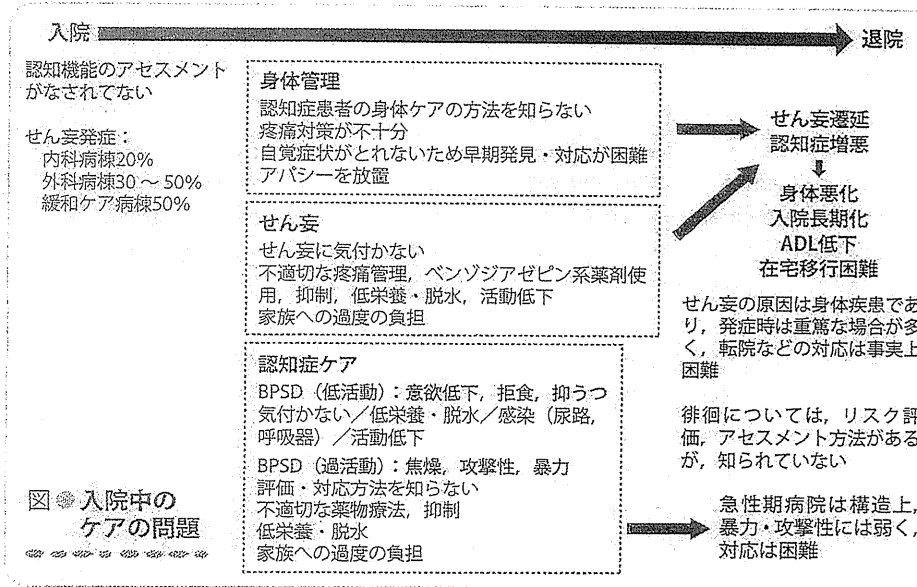
平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改編

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運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



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(四)

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（正常と認知症の間関状態）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ん患者の27%に認知機能障害を認めたが、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い<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。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と、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、医療者が気づ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

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、我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おらず、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、個々の事態に合わせて判断していかねばならない。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。

実際の臨床場面において、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は見落とされている。

### まとめ

急性期病棟における認知機能障害（せん妄・認知症）の現状と問題をまとめた。今まで、認知症への対処は認知症ケアとして、身体管理とは別に意識されがちであった。しかし、高齢患者の増加と共に、認知症が身体管理に与える影響を踏まえた看護ケアを組み立てる必要が増している。その技術の確立と啓発が緊急の課題である。

なお、医療安全の観点から、転倒・転落防止のために身体拘束を行いがちである。しかし、拘束はせん妄の強力な増悪因子であり、せん妄患者に身体拘束を行うことはやみくもにせん妄を増悪・遷延させ、身体管理上望ましくないことが示されている<sup>5)</sup>。海外のガイドラインでは、ラインを維持する場合や身体管理上やむを得ない場合を除き、せん妄に対

して身体拘束は行わないのが原則であるので注意したい。

### 引用・参考文献

- 1) 内閣府：平成25年版高齢社会白書  
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf\_index.html (2014年7月閲覧)
- 2) Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Arch Intern Med. 2000 Mar 27; 160 (6): 786-94.
- 3) Cancer. 2000 Sep 1; 89 (5): 1145-9. Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. Caraceni A1, Nanni O, Maltoni M, Piva L, Indelli M, Arnoldi E, Monti M, Montanari L, Amadori D, De Conno F.
- 4) 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。平成25 (2013) 年3月。
- 5) National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: Diagnosis, prevention and management  
http://www.nice.org.uk/guidance/CG103 (2014年7月閲覧)
- 6) 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
- 7) Joray S, Wietlisbach V, Bula CJ (2004). Cognitive impairment in elderly medical inpatients: detection and associated six-month outcomes. Am J Geriatric Psychiatry. 12 (6), 639-647.

## 《新企画》隠れた症状を見逃さない

重症化させない観察力と対応力を身につける

### せん妄の早期発見と対応・予防のポイント

国立がん研究センター東病院  
精神腫瘍科科長 小川朝生氏



大阪 11/1 (土) 田村駒ビル  
東京 11/22 (土) 日総研研修室(廣瀬お茶の水ビル)  
仙台 15年1/31 (土) ショーケー本館ビル  
名古屋 2/15 (日) 日総研ビル  
本誌購読者: 15,500円 一般: 18,500円(共に税込)



- 目次
1. せん妄の特徴と知っておきたい正しい知識
  2. せん妄を早期発見するために必要なこと
  3. せん妄の治療を正しく理解
    - どのような治療法がある? • 誘発因子を軽減・除去するには? ほか
  4. 薬物療法を正しく理解
    - 薬物療法の基本的な方針は? • 薬物療法をめぐる誤解とは? • 代表的な薬剤にはどんなものがある? ほか
  5. トラブル時の対応を正しく理解

詳しくはスマホ・PCから 日総研 13946 で検索!

## 増える入院患者の認知症に急性期病院は - 認知症～急性期病院が向き合うとき(1)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

わが国では2013年、全人口に占める高齢者(65歳以上)の割合が25%を越え、4人に1人が高齢者という時代を迎えた。高齢者人口の増加はすなわち、加齢に関連する基礎疾患(老年症候群)を持ちつつ、治療を受ける患者が増加することを意味している。医療現場では今、比較的自立はしているものの医療的な対応を要する高齢者(vulnerable elders)に合わせて、治療の適応の是非を判断したり、支援の調整を行ったりするニーズが高まっている。特に、75歳以上の人口が倍増する大都市近郊では今後、患者の増加につれて、入院中に在宅療養環境を調整する時間的な余裕がなくなってくるかもしれないと危惧されている。

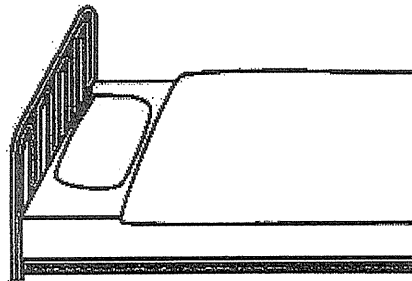
### ■超高齢時代で変わる急性期病院のケア

併せて問題になるのは、患者の病態の変化である。急性期病院においても、老年症候群を合併した患者が増加し、さまざまな合併症への対応や複合的な問題への対応の必要性が増している。

例えば、次のような事例はいかがだろうか。

【70歳代男性 胃がん】

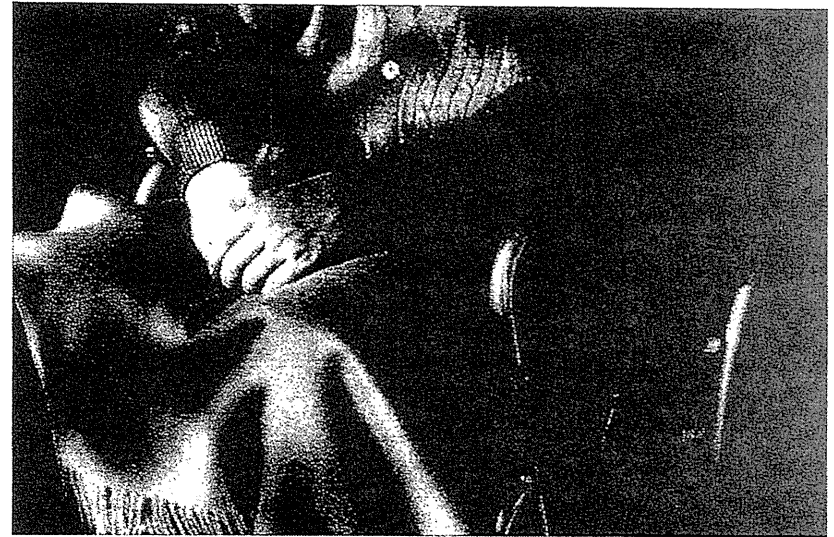
胃がんに対して胃全摘を施行し、術後経過は良好であった。しかし、食事が再開となっても食事量の回復が遅い。日中も臥床しがちで、リハビリも拒否する。ADL(日常生活動作)が低下し、在宅移行が困難になった。「元気がない」ので、病棟はうつ病を疑って精神科にコンサルトを依頼した。精神科医が入院前の生活について家族に尋ねると、次のようなエピソードが出てきた。



「患者はもともと活動的で、よく外出をしていた。しかし、入院の半年ほど前から、外出

の予定を入れても、当日になると時間に間に合うように支度をする事ができず、見かねた妻がキャンセルの電話を入るといったことを数回繰り返していた。さらに最近では、日中下着のまままで過ごしたり、夕方暗くなっても電灯のスイッチを入れなくなったりした。もともときれい好きだったのに、風呂にも促されて入るようであった」

次回配信は8月28日15:00を予定しています  
(残り1834字/全2603字)



このエピソードを聞いて、どのようなことが疑われるだろうか。活動性が落ちて「元気がない」ようにみえるが、実は、認知症の初期症状が疑われる事例なのである(認知症の初期では、記憶障害よりも段取りを組む実行機能の障害が目立つ。普段通りの生活を送ることに今まで以上の努力を要するようになる)。一見、身体的には問題はないものの、胃がんの入院時に生活のアセスメントが行われていれば、術後の自発性低下を見据えた支援の必要性を予見できたかもしれない。

このように精神医学的側面から問題となるのは、認知症やせん妄を中心とする認知機能障害を合併した患者へのケアや支援の在り方である。認知症・せん妄は、治療や看護、地域連携の面で問題となるのみならず、入院の長期化につながったり、在宅復帰が困難になったりして、病院運営にも影響することを考えれば、急性期病院でも治療や対応能力を向上させることが求められるのは言うまでもない。しかし一方で、何の問題に、どのように取り組むべきかが見えにくいのも事実である。

この連載では、身体治療を主とする急性期病院において、認知症やせん妄がどのような影響を与えるのか、どのような対応が望まれるのかを考えてみたい。

### 認知症の罹患率は高まっている

以前、認知症の罹患率は65歳以上の人口の約4%と報告されていたが、高齢者の増加や社会生活の変化、認知症を診断する上で日常生活障害が重視されるようになったことも影響し、近年では「65歳以上の約10%が認知症に相当する」と見積もられている（年齢別では65歳で1.5%、70歳で4%、75歳で7%、80歳で15%）。また、日常生活には支障を来してはいないものの、生活を保つのに努力を必要としたり、何らかの負荷が増したときには対処が困難になったりなど、ハイリスクの状態である軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment) は13%と推定されている。

高齢者の増加を受けて近年、急性期病院での認知機能障害への対応についても検討されている。急性期病院では、認知症に加えてせん妄（身体疾患に起因する軽度の意識障害）も問題となる。

海外では、がん医療に特化した高齢者病棟（急性期相当）の入院患者のうち、27%に何らかの認知機能障害を認めたとの報告があるほか、総合病院に入院した時点で、31%の高齢患者が治療に関する理解が困難で、治療同意能力を欠いていたとの報告がある。また、せん妄についても急性期病院ではおしなべて高齢患者の15-20%程度に認められるとされ、日本でもほぼ同様と推測される。一部認知症にせん妄が合併する場合もあるが、おおそ急性期病院に入院する高齢患者の20-30%程度は、何らかの認知機能障害を合併していることが予想できる。

### 急性期病院で見落とされる認知機能障害

一方で、急性期病院においては、認知機能障害が高率で見落とされているという実態もある。

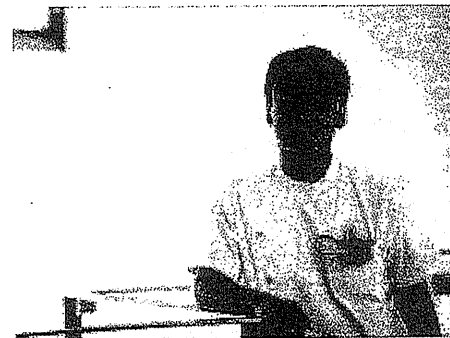
ある調査では、認知機能障害を持つ患者のうち、4割は調査以前に認知機能に関する評価がなされていなかったとの指摘もある。また、急性期病棟に入院中の患者で、入院前に認知症の診断を受けていたのは半数以下であり、身体治療中に初めて問題に気付かれ、認知症と診断されるケースが多いとの指摘もある。

筆者の勤務する国立がん研究センター東病院においても、認知機能の低下があり、治療内容の理解が不十分である（治療同意能力の障害）症例のうち、プライマリー・チームがその問題に気付いていた割合は2割にとどまっていた。

認知機能の障害が見落とされる背景には、臨床現場が多忙なこともあるが、次の4つのことが影響していると言える。

1. 高齢者の問題は「年齢のせい」にされがち：  
正常な加齢性変化との違いの判断にスタッフが慣れていない
2. 認知症の症状は「もの忘れ」だけであるとの誤解：  
認知症の主要な問題は実行機能障害（先を予測して計画をしたり、段取りを組んだりする能力が障害される）であることが知られていない
3. 精神症状の基本的な評価方法に慣れていない：  
特にせん妄では、現場のスタッフが「何かおかしい」と感じつつも、うまく言えないために情報を共有できず、結果として対応が後手に回ってしまう
4. 低活動型せん妄や認知症のアパシー（自発性の低下）のように活動が落ちるタイプの問題が気付かれにくい：  
医療者は、問題行動として現れるタイプの問題には気付きやすいが、行動として出ないタイプの（目につきにくい）問題は見落としやすい

次回、急性期病院でどのような点が問題になっているのかを具体的に検討していきたい。



### 小川朝生（おがわ・あさお）

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年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任（東病院精神腫瘍科長を併任）。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める。



## 急性期病院で何が問題になっているのか - 認知症～急性期病院が向き合うとき (2)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回、急性期病院における認知機能障害の現状を紹介した。今回は、引き続いて認知症をめぐる、急性期病院でどのような問題が生じているのかを考えてみたい。

急性期病院における認知症をめぐる問題は、大きく分けて次の2点に集約される。

- (1) 医療管理上のバランスの問題
- (2) 認知症に関する知識・技術が必要性に追いついていない

### ■医療管理上のバランスの問題とは

急性期病院における認知症対策は、どうしても医療安全上、医療管理上の問題として扱われがちである。これは、認知症患者が入院をしたときに、「徘徊をして転倒・転落すること」が非常に強く危険視されていることと関連している。

(残り1567字/全1903字)  
次回配信は9月4日15:00を予定しています



その背景にあるのは (2) にも関連するが、認知症とはどのような病態なのか急性期の臨床現場に伝わっていないという現状である。そのため、「認知症患者は何を説明されても分からない、説明しても意味がない」とあきらめがちであり、結果として、管理的な視点で身体拘束などの対応をせざるを得ないのである。

しかし、認知機能障害を持った患者のケアを考える上で、拘束は精神症状を増悪させる強力な促進因子であり、避けることが原則である。これには、

1. 拘束することで、患者は周囲の文脈を理解することがさらに難しくなり、症状自体が悪化するという精神症状管理上の問題
2. 身体症状が変化したときに、自覚症状を把握することができなくなり、早期発見・対応が困難になるという身体管理上の問題

一という両面の理由がある。

### ■拘束で見逃された症状悪化の前兆

例えば、術後せん妄の一例を見てみよう。

#### 【70歳代後半、結腸がん術後】

上行結腸がんに対して開腹術を施行。術後の経過は安定していたが、3日目に突然無躁感が強くなり、「痛い、家に帰る」と落ち着かなくなった。看護師がなだめたが鎮まらないため、担当医の包括的支持に基づき拘束を行った。その後、夜勤帯に入っても、患者は「痛い、帰る」と繰り返していたため、不眠と判断し、不眠時の指示（アタラックスP点滴）を実施して様子を見ていたところ、急に血圧が低下した。緊急CTの結果、穿孔と敗血症性ショックであった

この例が示すように、一見BPSD（認知症の周辺症状）やせん妄の増悪のように映る症状変化が、実は全身の急激な悪化を示す前兆であったり、疼痛などの身体症状の増悪が原因で起きていたりすることがしばしばある。本来、身体症状と精神症状は一体をなすものであるが、ともすれば、「身体症状と精神症状は別物」という先入観で判断をしがちである。一度BPSDやせん妄と判断すると、身体症状と切り離されて管理され、結果として身体変化が見落とされてしまう危険があるのである。

### ■長期入院、在宅復帰の失敗につながっている

身体拘束の問題は、急性期管理だけではなく、中長期管理の点でも問題になる。認知症患者の場合、早期からアパシー（自発性の低下）を合併しがちであることが知られている。

#### 事例1：歩行能力が低下し、在宅復帰が困難に

転倒・転落予防のために拘束を数日続けただけで、下肢筋力の低下が出現。ますます歩行

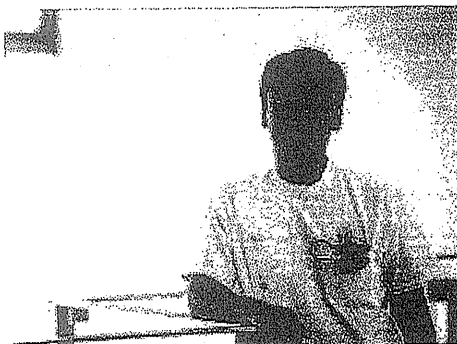
が不安定になり、拘束を解くことができなくなった。リハビリを導入しても、自発性が低下しているため、思うように進めることができず、在宅復帰が困難になった。

## 事例2：食事を取れなくなってADLが低下

術後に点滴自己抜去があったため、再発予防のために拘束とミトン装着がなされていた。この間は食事も介助で行っていたところ、点滴が終了した後も、自発的に食事を取らなくなった。看護師は、「食べたくないから食べないのだ」と判断、そのまま下膳を続けた結果、脱水・低栄養から低活動型せん妄となり、ADLが低下した。

転倒・転落は医療安全上、大きな問題ではある。しかし、その防止策は拘束ではなく、認知症・せん妄の確実なアセスメントと対応にこそあることを忘れてはならない。転倒・転落を予防することは、認知症・せん妄へのケアと表裏一体である。

認知症であればBPSDのような症状が起きる場面のきっかけを、せん妄であればその兆候を、それぞれ早期に発見をすることで重症化を防ぐことができる。そうすれば、身体管理も円滑に進み、拘束は不要となり、退院も早期に可能となるはずだ。しかし、医療安全管理の視点が重視されるあまり、認知症・せん妄に関する教育や啓発が課題として認識されず、拘束の説明・指示の管理だけが先行しがちである。それは結果として、全身管理を困難にし、在院日数が延長し、在宅復帰に失敗するのだ。そんな事例を見聞きするのが残念である。



### 小川朝生（おがわ・あさお）

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年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任（東病院精神腫瘍科長を併任）。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める

## 苦手意識と誤解に基づく認知症ケア - 認知症～急性期病院が向き合うとき (3)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回、急性期病院での認知症ケアをめぐる課題について、医療安全管理の観点から紹介した。続いて今回は、もう一つの課題である「認知症に関する知識・技術とニーズのギャップ」について考えてみたい。

### ■急性期病院で必要な認知症ケアの知識・技術とは

今、アルツハイマー病をはじめとする認知症の治療やケアに関心が高まり、さまざまな情報が流れているが、その主な話題は、最新の治療薬やBPSD（認知症の周辺症状）への対応についてである。しかし、身体治療を目的とする急性期病院での認知症ケアの課題は、「身体治療を進める上で、どのような配慮や工夫が必要なのか」が焦点となる。

認知症が身体治療に与える影響は、以下のようにまとめられる。

1. 診断が遅れること
2. 自覚症状が把握されにくくなり、身体的問題が重症化しやすいこと
3. セルフケアが困難になり、支援体制の綿密な計画が必要になること

(残り1689字/全2121字)

次回配信は9月11日15:00を予定しています

確かに急性期病院でも、認知症患者に対する個別のケアは必要だ。しかし、在院日数が2週間前後という短期間の中で、療養型施設と同じように認知症症状に応じた個別のケアを提供することはそもそも無理がある。それよりも、認知症患者の身体治療に関しては、環境を変えない在宅ケアを基本（入院はやむを得ない場合の短期間にとどめる）とした上で、急性期病院は、

- ▽認知症を細かく鑑別するのではなく、せん妄・認知症を含めた認知機能障害に早く気付く（特に身体的問題が背景にあるせん妄はemergencyである）
- ▽認知症患者の身体的問題の早期発見・対応に注意を払う

一の2点を最優先にすることが現実的である。

### ■急性期病院の抱える認知症ケアの現状

以上を踏まえて、急性期病院での認知症ケアを考える上でのポイントをいくつかあげたい。



### 1. 入院して初めて認知症が疑われるケースが多い

海外でも指摘されていることだが、入院時に認知症の診断がついている症例は全体の約20-40%にとどまり、半数以上は入院をした後に初めて認知症が疑われている。

その要因には、入院前アセスメントが脆弱であること、特に認知症の初期から出現するアパシー（自発性の低下）や実行機能障害の問題が医療者の間でも知られていないことがある。

### 2. 認知症患者の身体アセスメントが抜けてしまう

急性期病院のスタッフが認知症ケアで苦手意識を抱くのは、認知症患者の症状評価をどのように進めてよいのか分からない点が多い。急性期病院では、「患者は困ったら自分で困っていることを訴えてくるもの」ということを前提にして動くため、問題を想定しながらアセスメントを行うことを忘れがちである。症状の言語化が難しい認知症のケースでは、身体症状（特に疼痛）が背景にあるにも関わらず、「訴えが疼痛でない」「疼痛以外の訴えが強調される」ためにBPSDと誤解され、適切な対処がされにくい。

### 【事例：80歳代女性】

胃がんに対して胃全摘を施行。夜間に「痛い、帰る」と訴える。病棟スタッフは「BPSDだから」と不眠時指示（薬剤投与）を実施したが、その効果が乏しいと精神科にコンサルトが出る。帰るといふ離院企図のみに注目し、身体管理がなおざりになっている。

### 3. スタッフの苦手意識が先行する（「認知症」というラベル張りになってしまう）

認知症患者が急増する中で、慣れない急性期病棟のスタッフが失敗を経験し、苦手意識が先行することも多い。病棟で「認知症」と申し送りはされていても、その「認知症」が意味するところは、「言っても分からない」だったり、「何を訴えているのか分からない」だったりして、そもそも何を検討すればよいのか分からないまま戸惑っていることもある。

### 4. 自覚症状を評価しなくなってしまう

3と重なるところもあるが、認知症を状態像として認識したとしても、「認知症だから、何を言っても通じない」という誤解や、認知機能障害の過大評価を招きやすい。訴えられた自覚症状を評価しなくなることも起こり、結果として身体変化に気付きにくくなる。

【事例：80歳代女性】

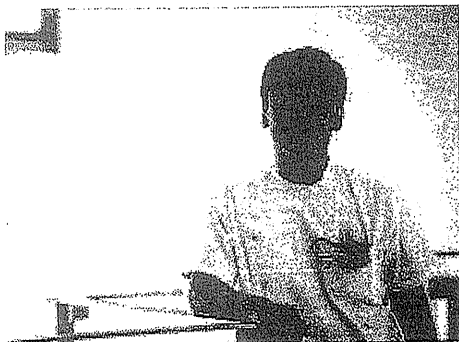
進行肺がん、認知症を合併。積極的な抗がん治療は本人家族も望まず、経過の中で症状が出た場合に備えて、緩和ケア病棟への転棟を希望された。入棟の面談を希望したところ、緩和ケア病棟が「認知症の方はケアを受けても分からないので、緩和ケアの適応はない」と断る。

#### 5. ゴール設定が分からない

自覚症状が把握されないと、アセスメントの軸が定まらず、患者・家族のニーズをどのように汲むべきか、病棟スタッフが分からなくなる場合が多い。患者目線のケアのゴールが想像できなくなり、単なる医療管理と混同しがちになる。

#### 6. 抗精神病薬への誤解

認知改善薬もBPSDに対する抗精神病薬についても、基本は患者の苦痛を緩和し、QOLの向上に資することがゴールである。しかし、BPSDの対応の話題になると、「問題行動」に注意が向き、つい「抗精神病薬の使用＝ゴールは鎮静」になりがちである。心理社会的ケアでBPSDに対応することには限界があるが、「患者の苦痛からやむを得ず起きる行動の不適合と新たな苦痛」という側面を評価し忘れると、在宅ケアへの移行の方向性がつけにくくなる。



小川朝生（おがわ・あさお）

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野長。1999年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任（東病院精神腫瘍科長を併任）。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める