

- 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 I 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 (PAI-NAD) 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

<精神科臨床エキスパート>

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際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気鋭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¹⁾。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、加齢はがん医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²⁾。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³⁾。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⁴⁾、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⁵⁾。CGA

* 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

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)〕などががん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⁹⁾。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⁷⁾。

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⁸⁾。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⁹⁾¹⁰⁾。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¹¹⁾。

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¹²⁾¹³⁾。

(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¹⁴⁾。

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¹⁵⁾。

(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。症候性て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。オピオイドのタイト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。

(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化比較試験も行われるようになった¹⁶⁾。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¹⁷⁾。

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¹⁴⁾。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有症者数は約380万人)と推定されている¹⁸⁾。

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、受診や支援が必要なときに、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¹⁹⁾。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²⁰⁾、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	障害部位	中核症状	周辺症状	ケアのポイント
アルツハイマー病	アミロイドβタンパクの脳内沈着が原因となって、神経原線維変化が生じ、神経細胞死に至る	側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、しだいに全般的な機能低下に至る	記憶障害 ：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 見当識障害 ：時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は昼と夜を間違え、夜中に雨戸を開けたりすることで気づかれる。しだいに道に迷うようになる。 実行機能障害 ：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	抑うつ、意欲の低下 ：実行機能の低下に伴って、作業の負荷が大きくなるなどの環境要因と神経細胞の脱落という器質的な要素がからむ 妄想 ：物盗られ妄想が多い(物をどこかにしまい、しまった場所がわからなくなる、そうなると、身近な介護者が盗んだと確信して責める) 徘徊 ： 失禁 ：	認知症の進行を遅らせる塩酸ドネペジルの使用 周辺症状(意欲の低下、妄想、徘徊、失禁)などの行動障害が出現するメカニズムを発見し、その対処をする
血管性認知症	脳血管障害に関連して出現した認知症を総称する	梗塞・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる	情動の変動 ：気分の変化(怒りっぽくなる、ちょっとしたことで泣く)が生じやすい 覚醒レベルの変動 ：1日や数日の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 ：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 実行機能障害 ：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	意欲の低下、抑うつ ：梗塞・出血に関連した脳機能の低下 人格の先鋭化 ：人格の特徴がより強く出てくる。慎重な性格が頑固で融通の利かない人格へ、マイペースな性格が自己中心的な人格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	梗塞・出血に関連した神経症状への対応(嚥下困難、片麻痺など) 安定した環境の提供 せん妄の予防と対処
レビー小体病	αシヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、神経細胞死を誘導する	後頭葉を中心とした症状(幻視)から始まり、しだいに全般的な機能低下に至る	覚醒レベルの変動 ：1日の中で意識レベルの変動があり、注意力の障害が出る。せん妄を生じやすい 幻視 ：鮮明でありありとした幻視が出やすい パーキンソン症状 ：前傾姿勢やすり足歩行、姿勢反射障害、固縮などが出やすい 抗精神病薬への過敏性 ：少量でもパーキンソン症状や過鎮静が生じやすい	抑うつ・不安 ：病初期には記憶障害や幻視に先行して、意欲の低下や抑うつ気分、不安焦燥感で受診する場合がある パーキンソン症状：突進歩行、転倒	抑うつ・不安への対応 ：環境調整や薬物療法を行う 幻視に対しては、塩酸ドネペジルを使用 せん妄に対しては、パーキンソン症状の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭側頭葉型認知症	3リピートタウの蓄積が関係	前頭葉から側頭葉にかけての機能障害	常同行動 ：同じ言動を日課のようにくり返す 脱抑制 ：欲求のコントロールが難しくなり、周囲への配慮に欠ける言動が増える 注意力障害 ：注意の転導性亢進、集中維持が難しくなる。ちょっとした周囲の刺激に反応してしまい、作業を続けることが難しくなる	被影響性の亢進 ：外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉発する(オウム返し)ができる 自覚性の低下、感情の平板化 ：進行すると無関心が目立ちはじめ、最終的には意欲も低下する	常同行為による時刻表的な生活をうまく利用する。外界からの刺激をすくなくないように調整して、同じ時間に同じ職員が同じ対応を取れるようにする

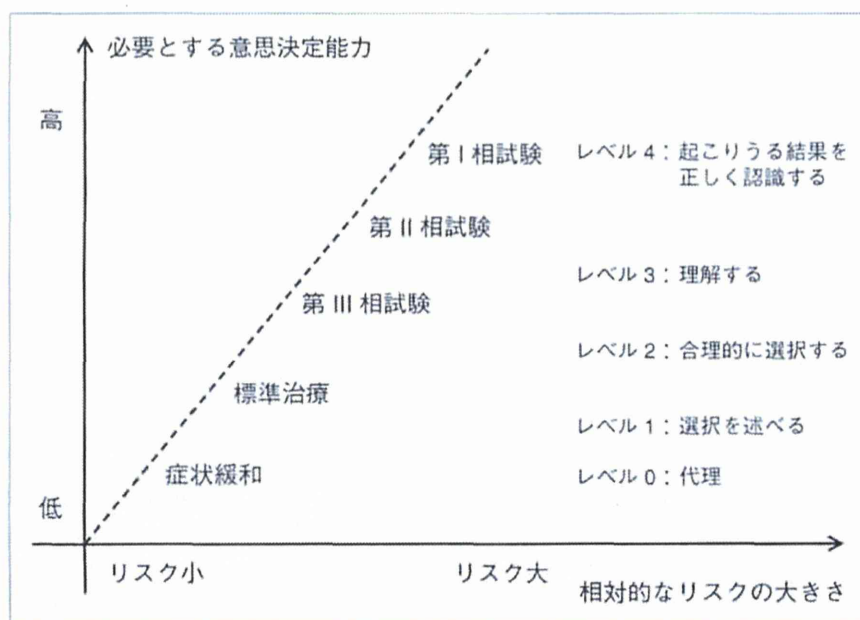


図1 治療に伴うリスクと必要となる意思決定能力のレベルとの関係

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²¹⁾。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²²⁾、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²³⁾。

- 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²⁴⁾。

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²⁵⁾。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 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, 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のと，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」だけではなく，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