

表3 診療場面と遂行機能障害の症状

代表的な診療場面	遂行機能障害の例
診療受付	受付がうまくできない、支払いができない、予約が取れない
服薬	処方されたとおりに内服ができない、指示どおりに軟膏が塗布できない
問診	症状をうまく説明できない、家族の顔をみながら返答をする
緊急対応	熱発した時に病院へ電話をかけることができない(発想が湧かない)、応用薬を使うことができない(指示はわかっているにもかかわらず行動が起こせない)

確認を是非お願いしたい。

遂行機能の障害をスクリーニングする上で、「通常は何気なく行っているが、よく考えてみると状況に応じて手順を調整する必要があることができるかどうか」を尋ねる。女性であれば料理や掃除、男性であれば仕事の手順や能率などを確認する。他にも意向を尋ねると併せて、「今後治療が落ち着いたら、どのような生活をしていきますか」、「どこか旅行をしてみたいですか」など計画を尋ね、計画性や実現性などを確認することもできる(表3)。

#### V. 社会的支援の確認

家族と物理的に離れて居住したり独居している状態は、社会的支援の低下をとおしてがん治療にも影響し、予後の悪化やアドヒアランスの低下に影響する<sup>13,14)</sup>。併せて高齢者に対する虐待・ネグレクトも評価の必要な問題である。虐待は数%存在するといわれているが、医療者が聞きだすことに時間を要する上、患者自身切りださない話題であるため見過ごされている危険がある。医療者は患者が可能な限り在宅で自立した生活を送れるように支援するが、その際にネグレクトなどのリスクがないか確認する。

#### VI. 自宅の評価

認知症は環境面での適応能力も低下させる。緊急時にはどのように通報をするのか、病院への連絡は誰がどのようにするのか、自宅での処置や医療機器の扱いを確認する。自宅での評価をするために家族外の者の視点から生活を見ることは、虐待やネグレクトを防ぐ意味でも重要である。

#### VII. 認知症と予後

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>15)</sup>。

また、認知症を合併すると予後にも影響する。Medicare のデータベースを用いた米国の後方視的研究では、大腸がん患者において認知症の合併がないがん患者の6か月以内の死亡率が8.5%だったのに対して、認知症を合併した場合には33%に上った<sup>16)</sup>。死亡率が上昇した理由には、認知症を合併した患者ではstage が不明の症例が多いこと、進行期で発見されていることが多いことがあげられている。一方、前立腺がんではstage を調整すると、認知症ががん関連死に与える影響はほとんどなかった。認知症とがん、がん治療との関連は治療のモダリティも絡む複雑な問題である。

#### おわりに

認知症とがん治療との関連をまとめた。高齢者では合併症が多いこともあり、臨床試験と実臨床との相違が大きくなる。認知症をもったがん患者にとっては最適な治療を検討する上で、臨床の実態把握は喫緊の課題である。臨床ベースの症例登録の実現が望まれる。

#### 文献

- 1) 内閣府:平成25年版高齢社会白書. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition, 2013.
- 3) 朝川 隆: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. 総合研究報告書, 2013.
- 4) Hickey A, Clinch D and Groarke EP: Prevalence of cognitive impairment in the hospitalized elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 12(1): 27-33, 1997.
- 5) Feldman E, Mayou R, Hawton K, et al: Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 63(2): 405-412, 1987.
- 6) Harwood DM, Hope T and Jacoby R: Cognitive impairment in medical inpatients. II: Do physicians miss cognitive impairment? *Age Ageing* 26(1): 37-39, 1997.
- 7) Joray S, Wietlisbach V and Büla CJ: Cognitive impairment in elderly medical inpatients: detection and associated six-month outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 12(6): 639-647, 2004.
- 8) Flood KL, Carroll MB, Le CV, et al: Geriatric syndromes in elderly patients admitted an oncology-acute care for elders unit. *J Clin Oncol* 24(15): 2298-2303, 2006.
- 9) NCCN: Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), Senior Adult Oncology ver. 2, 2014.
- 10) Markson LJ, Kern DC, Annas GJ, et al: Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 42(10): 1074-1080, 1994.
- 11) Karlawish J: Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals* 16(1): 91-98, 2008.
- 12) 西永正典: 総合機能評価 (CGA) の臨床応用とその意義. *日老医誌* 37(11): 859-865, 2000.
- 13) Osborne C, Ostir GV, Du X, et al: The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 93(1): 41-47, 2005.
- 14) DiMatteo MR: Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 23(2): 207-218, 2004.

- 15) Gupta SK and Lamont EB: Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc* 52(10): 1681-1687, 2004.
  - 16) Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, *et al*: Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. *Arch Intern Med* 168(18): 2033-2040, 2008.
-



# 肝臓に対する栄養療法と 精神腫瘍学



国立がん研究センター東病院精神腫瘍科

比嘉謙介 (写真)

Higa, Kensuke

小川朝生

Ogawa, Asao



精神腫瘍学 (psycho-oncology),

抑うつ, せん妄, 認知症, 栄養学

## はじめに

肝臓患者に対し栄養管理を行うにあたり、抑うつや認知機能障害などの精神症状を考慮することは重要である。本稿では、がん患者およびその家族の心理・社会的な問題を扱う精神腫瘍学について紹介するとともに、臨床で頻度の高い精神症状として、抑うつ、認知機能障害、せん妄について概説する。

## 精神腫瘍学

精神腫瘍学とは、がん患者およびその家族の心理・社会的な問題を扱う学問であり、海外ではサイコオンコロジー (psycho-oncology) と呼ばれている。用語の成り立ちとしては、“こころ”の研究を行う心理学 (psychology) と“がん”を研究する腫瘍学 (oncology) が組み合わされている。20世紀初頭、がん医療は外科切除にはじまり、1940年代からは化学療法が発展した。がんの生存者は徐々に増加し、がんの心理社会的な側面が問題となってきた。これらの背景をふまえて

1980年代に世界保健機構 (WHO) にて quality of life (QOL) に関する会議が開かれ、1984年に国際サイコオンコロジー学会 (IPOS) が結成された。日本においては1986年に日本臨床精神腫瘍学会 (現: 日本サイコオンコロジー学会) が創設された。1994年には厚生労働省第二次がん克服戦略事業のQOL分野で精神腫瘍学の研究が設定され、がん患者の抑うつ症状有病率、脳画像、心理社会的介入、コミュニケーション技術、遺族調査、サバイバーシップなどの研究が行われている<sup>1)</sup>。

## 肝臓と精神症状

肝臓は初期には無症状のこともあるが、進行すると右季肋部痛、食欲不振、倦怠感、黄疸などの症状を呈する。これらの症状はしばしば難治性で、抑うつや不安につながる場合がある。さらに、肝臓の原因の一つであるC型慢性肝炎にともなう感染症に対する誤解や偏見、治療薬であるインターフェロンによって生じる抑うつも配慮が必要である。心理的な問題に加え、高齢化にともなう認知症の増加や身体的負荷によって生じるせん妄 (意識障害) も臨床場面において頻度の高い疾患である。



表 1 認知症の病型による栄養管理上のポイント

	障害発生の部位	認知・神経の障害	認知機能障害に付随する症状	対応のポイント
アルツハイマー型	側頭葉・頭頂葉	記憶障害 見当識障害 実行機能障害	抑うつ（気持ちの落ち込み） 不安 物盗られ妄想 徘徊	・食事の準備や安定した食事がとれているか確認 ・配食サービス
血管性	梗塞・出血などの血管障害の部位	記憶障害 見当識障害 覚醒度の変動 実行機能障害 パーキンソニズム	意欲の低下 人格の先鋭化	・嚥下の評価 ・とろみ食 ・配食サービス
前頭側頭型	前頭葉・側頭葉	常同的な行動 実行機能障害	被影響性の亢進 自発性の低下 人格変化	・常同的な行動によって栄養が偏っていないか確認 ・配食サービス
レヴィー小体型	後頭葉	幻視 パーキンソニズム 記憶障害 見当識障害	抑うつ 不安	・嚥下の評価 ・とろみ食 ・配食サービス

- ・**記憶障害**：主に最近のできごとから思い出せなくなり、忘れたこと自体に気づくのが困難になる。食事を忘れてたり、安定した受診ができなくなることにつながる。
- ・**見当識障害**：時間・場所・人の認識が困難になる。昼と夜の区別がつかない、進行すると介護者を認識できない場合がある。
- ・**実行機能障害**：予定や段取りを立てることがむずかしくなる。調理の場面では切る、焼くなどの一つひとつの動作はできるが、調理の手順を組み立てることができずに料理を完成させるのが困難になる。
- ・**パーキンソニズム**：運動の巧緻性が障害され、嚥下機能の低下も生じる。食事摂取に時間を要し、誤嚥のリスクも高まる。
- ・**被影響性の亢進**：周囲からの刺激に影響されて、相手の動作を真似たり、相手と同じ言葉を繰り返す。
- ・**人格の先鋭化**：認知症発症前の性格の特徴が強くなること。たとえばおやかだった人が整容や人間関係に注意を払わなくなるなどである。

## 抑うつ症状

日本における通院中の肝細胞癌患者を対象にした調査では、抑うつ症状が28.3%に認められる<sup>2)</sup>。がん治療の過程において、がんの疑い、検査、診断、再発、がん治療の中止などさまざまな場面で、患者はストレスを受け、抑うつ症状を呈することがある。通常、ストレスを受けた場合、その直後に気分の落ち込みを経験し、その多くは2週間程度で回復していく。しかし、2週間が経過しても回復がみられない場合は、うつ病や適応障害といった治療を要する抑うつ症状を疑う。うつ病や適応障害は、その症状として食欲低下や味覚鈍麻が出現することがあり栄養という観点からも重要な疾患である。それに加えて全般的

QOLの低下<sup>2)</sup>、抗がん治療のコンプライアンス低下、家族の心理的苦痛などに関連することが指摘されている。

うつ病や適応障害が疑われる場合には、ストレスなどの気持ちのつらさに影響を及ぼすような因子をできるだけ取り除くとともに、日常生活への支障度に応じて専門の医療機関への紹介を検討することが重要である。

## 認知機能障害

認知機能障害をきたす疾患として認知症を例に述べる。認知症とは、正常に発達した認知機能が、神経の変性などの後天的な要因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。認知症は物忘れの症状が目立つが、このほかにも



表2 認知症ががん患者に与える影響

- |  |
|--|
| <p>1. 抗がん治療における問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関にかからずに診断が遅れる（進行期で発見される）</li> <li>・意思決定が困難になる</li> <li>・セルフケアの低下（有害事象の発見が遅れる）</li> </ul> <p>2. 精神症状の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・合併症によるせん妄のリスク</li> <li>・抑うつや不安のリスク</li> </ul> <p>3. 家族の介護負担</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間の見守り</li> <li>・食事や入浴の介助</li> </ul> |
|--|

実行機能の障害、自発性の低下などがみられる。さらに介護の負担から家族の精神的な健康にも影響する。

わが国における65歳以上の高齢者の人口は、3,186万人（2013年）と、総人口の25.0%<sup>3)</sup>を占めており、超高齢社会を迎えている。認知症は高齢者の合併症の一つとして重要な疾患である。罹患率は地域によらずほぼ一定しており、65歳以上の約6%が認知症を有し、今後も増加<sup>4)</sup>していくことが予測されている。認知症の病型としては、アルツハイマー型認知症が50～70%でもっとも頻度が高く、次いで血管性認知症が15～25%、前頭側頭型認知症、レヴィー小体型認知症があげられる。疾患によって認知機能障害のパターンやケアの方法が異なる（表1）。

認知症は栄養管理上の問題だけではなく、がん患者の診断や治療、療養生活にさまざまな影響を及ぼす<sup>5)</sup>（表2）ため、がんの治療経過や認知症の進行に応じて、多職種による定期的な評価を行い必要な支援を検討していくことが望まれる。

## せん妄

せん妄は意識（覚醒度）の障害であり、それによって認知、注意、知覚などさまざまな

機能に影響を及ぼす。抑うつ症状などの心理的要因とは区別され、具体的な症状としては“ぼんやりしてつじつまの合わないことをいう”“周囲に気を配ることができず、会話が続かない”“場所や時間が曖昧になる”“場にそぐわない易怒性がある”などであり、これらの症状が数時間から数日単位で変動することが特徴である。かつては逸脱行為に特徴づけられる急性の不穏状態として用いられてきたが、現在は、活動性によって過活動型と低活動型、両者が混在した混合型に分類される<sup>6)</sup>。とくに高齢者に多い低活動性せん妄<sup>7)</sup>は見落とされやすく、うつ病と誤診されることも多い。その結果、抗うつ薬によって対応され、さらにせん妄が悪化する場合があるため注意が必要である。

せん妄は、治療初期から終末期まであらゆる段階で認められ、急性期病院においては有病率18～32%、発症率32～45%であり<sup>8)</sup>、がんの治療経過では、終末期にかけて発症率は高まり最終的に80%以上がせん妄<sup>8)</sup>を呈する。せん妄の発症機序としては、高齢・認知症・脳転移・脳卒中の既往などの脳の脆弱性に、睡眠覚醒を妨げる音や光、身体的刺激などの環境的な要因や、脱水・炎症・電解質異常・麻薬・睡眠剤など意識障害をきたす要因が加わることによるものと考えられている。これらの要因を評価することで、せん妄が発症するリスクや可逆性を見通しを立てることができる。

栄養管理の視点からみると、指導の効果の低下、覚醒度が不十分なときに食事をすることによる誤嚥、セルフケア能力の低下により経口摂取困難につながったり、栄養が十分でない場合、脱水や電解質異常をきたしせん妄

表3 肝癌患者にみられる精神症状の特徴

	うつ病	認知症	せん妄
発症様式	数週～数カ月	数カ月～数年	数時間～数日
経過	無治療の場合数カ月持続	変動が少なく進行	原因が除去されれば改善
物忘れの訴え	強調する	無自覚のことが多い	個人差あり
主な症状	抑うつ気分 興味関心の欠如	記憶障害 セルフケア能力低下	注意力障害 睡眠覚醒リズム障害
身体症状の合併	個人差あり	個人差あり	合併している
意識障害の有無	なし	基本的になし	あり
認知障害の有無	なし	あり	あり
気分	抑うつ	不安定	不安定
脳萎縮	まれ	あり	個人差あり

を誘発することがあるため、栄養管理が果たす役割は大きい。

## おわりに

以上、肝癌患者にみられる精神症状について、うつ病、せん妄、認知症を例に概観した。これらは鑑別に苦慮したり、合併する場合があるため表3で特徴を整理する。

精神症状のアセスメントを行う場合には、患者の十分な観察に加えて、患者および家族からの生活状況の確認が必要である。たとえば入院中は問題なかった栄養状態が、退院後数週間で脱水やアルブミン値の低下が出現した場合には、上述のような精神症状、家族による介護状況、訪問看護などの必要な社会資源が導入されていないことなど、さまざまな原因が考えられる。これらの原因に対応する際に重要なのは、多職種によるチーム医療である。栄養士や医師、看護師に加えて、身体機能や嚥下機能を支援するリハビリテーションのスタッフ、薬剤の相互作用の情報提供や服薬指導を行う薬剤師、在宅の環境や転院の調整を行う医療ソーシャルワーカー、地域で

活動しているケアマネジャー、介護福祉士、保健師などが緊密な連携をとることが望まれる。

## 文献

- 1) 日本サイコオンコロジー学会. <http://www.jpso-society.org>.
- 2) Mikoshiba N, Miyashita M, Sakai T, et al. Depressive symptoms after treatment in hepatocellular carcinoma survivors ; prevalence, determinants, and impact on health-related quality of life. *Psychooncology* 2013 May 19. doi : 10.1002/pon. 3300. [Epub ahead of print]
- 3) 総務省統計局. 高齢者の人口. <http://www.stat.go.jp/index.htm>
- 4) 内富庸介, 小川朝生, 編. 精神腫瘍学 : 医学書院 ; 2011.
- 5) Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000 ; 54(11 Suppl 5) : S4-9.
- 6) Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 1426-36.
- 7) Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms : comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 2467-73.
- 8) Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life : "We couldn't manage him". *JAMA* 2008 ; 300 : 2898-910.





## 私の提言

国立がん研究センター東病院  
精神腫瘍科

小川朝生

圧倒的に高齢者のがん患者が多い現状で、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が問われている。そうした患者への支援体制確立のため、国立がん研究センター東病院はサポーターケアセンターを立ち上げた。そして、高齢がん患者やその家族に向けた対面調査を計画・実施した。今回は同調査に関わっている小川氏に、調査の意義や今後の課題について示してもらった。



小川朝生（おがわ・あさお）

●73年埼玉県生まれ。99年阪大医卒。同年同大医学部附属病院神経科精神科入局（研修医）、04年同大大学院医学系研究科卒。同年国立病院機構大阪医療センター神経科医員、07年国立がんセンター東病院（現・独立行政法人国立がん研究センター東病院）精神腫瘍科医員、09年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部心理社会科学室長、12年同センター精神腫瘍学開発分野ユニット長（精神腫瘍科科長兼任）、13年同分野長（精神腫瘍科科長兼任）。専門は精神医学、精神腫瘍学。

# 高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施

## —その意義と課題について

わが国は、2013年には65歳以上の老年人口は3079万人となり、全人口の24.1%を占めるに至った。高齢者の人口増加は、すなわち加齢に関する基礎疾患（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。

今、医療現場では、比較的生活は自立しているものの、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歳以上の人口が今後10年で倍増する大都市近郊では、在宅での療養支援を要する患者が増加につれて、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。

一方、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。特に高齢者の罹患に注目すると、全悪性新生物による死亡数のうち、65歳以上が78%を占めている。すなわち、がんはまさに高齢者の疾患である。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性に迫られている。

### 【表1】 高齢者のがん治療の特徴

- ①治療に対する忍容性の低下：併存症
- ②重複がん
- ③患者の意思決定能力の問題：認知症
- ④標準治療適応の限界：標準治療は65歳以下の臨床試験から
- ⑤治療合併症への対応
- ⑥造血系合併症への対応
- ⑦化学療法薬の用量調節
- ⑧疾患特異的な問題
- ⑨社会的支援の必要性：服薬管理、日常生活支援、通院支援
- ⑩独居の増加
- ⑪老老介護と家族支援



## 高齢者のがん診療の特徴

加齢に伴い、身体には多様な生理的变化が生じ、がん治療とケアにさまざまな影響を与える。

一般に高齢者のがん診療には、若年者にはないいくつかの特徴がある(表1)。

特に、がん薬物療法専門医に対して高齢がん患者の治療で困難を感じる点を尋ねた意向調査では、特に対応に困難を感じる項目として、①治療適応の是非、②ハイリスク(脆弱性)の評価方法、③認知症への対応が挙げられている。

## 認知症とがん診療—その問題点

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。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時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。

これほど有症率が高いにも関わらず、急性期病院においては、認知症は高い頻度で見落とされていることも知られている。海外においても、急性期一般病棟の9~50%に認知症・軽度認知機能障害を持つ患者が認められるが、そのうち、正確な

診断を受けている者は半数以下であり、しかも急性期病院に身体疾患の治療目的で入院してから気づかれることが多い。

認知機能障害を持ったがん患者の治療を検討する上で問題となる点は、

①意思決定能力の有無

②経口抗がん剤を選択する場合、スケジュール通りの内服が困難、過量投与のリスクと関連する点

③有害事象を理解し、支援を求めたり、受診が必要な時かどうか判断が必要となったりする時に、自ら選択することができない

がある。明らかな高度の認知症であれば、日常臨床でまず見落とされることはないが、軽度認知機能障害の場合、日常生活を送る上で支障はないものの、がん治療のような特殊な環境や普段とは異なる対応が求められる場合に、適応ができなくなり、思わぬ支障を来すことがある。代表的な例を挙げる。

### ●事例

(70歳代男性 胃癌)

胃癌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かった。退院したものの、日中も臥床しがちであった。ADLが低下し、脱水となり再入院となった。「元気がない」状態が続くため、病棟は「うつ病ではないか」と疑って緩和ケアチームの精神科医にコンサルトを依頼した。

緩和ケアチームの精神科医が入院前の生活を家族に確認したところ、次のようなエピソードが出てきた。元々活動的で、ちよくちよく外出していた。しかし、半年ほど前より、人と会う予定を入れても、いざ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れる、ということを数回繰り返していた。

さらに最近では、日中下着のままで過ごしたり、夕方になっても電灯をつけずに暗い中で過ごしていたりもしたという。元々きれいな好きだったが、風呂にも促されて入るようであった。

このエピソードは、軽度認知機能障害から認知症の初期を疑う事例である。外来でのやりとりでは、特に目立つような問題はなかった。手術後は活動が落ち、「元気がない」ように見えるが、実は認知症の初期症状(認知症の初期では、記憶障害よりも段取りを組む能力である実行機能の障害が目立つことが多い。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り、その結果疲れやすく、意欲も低下しやすい)が疑われる。一見身体的には問題はないが、実行機能の障害を踏まえた支援の組み立てが求められる事例である。

## 社会的支援の確認

都市郊外を中心に、高齢者の独り暮らしや高齢夫婦のみの世帯が増えている。我々の施設(千葉県、都内から約1時間の郊外)では、外来でがん治療を予定している患者の15~20%は独居である。独居や家族から物理的に離れて居住している状態は、社会的支援が手薄になり、治療の予後の悪化やアドヒアランスの低下に影響する。併せて、高齢者に対する虐待・ネグレクトも評価が必要な問題である。



# 小川朝生

高齢者への虐待は数%存在するといわれているが、患者自身切り出さない話題であり、かつ医療者が聞き出すことに時間を要する。ともすれば見過ごされ、必要なケアが提供されずに身体的な問題を生じて初めて気づかれることもある。患者だけでなく、家族の介護負担（身体的、精神的）も踏まえた治療計画が必要である。

## 自宅の評価での重要事項

高齢者では環境面への適応能力も低下する。緊急時には、どのタイミングで、誰に、どのように通報をするのか、病院への連絡は誰がどのようにするのか、自宅での処置や医療機器の扱いを確認する。自宅の評価をするために、家族外の者の視点から生活を見ることは、虐待やネグレクトを防ぐ意味でも重要である。

## がん患者・家族の大規模対面調査の意義

前述したように、高齢がん患者の治療を計画する上では、身体的評価のみならず、精神心理的、社会的観点から、その患者の生活機能と支援を総合的に評価しなければならない。加えて、治療に合わせて支援体制を整えるためには、どのような支援を、いつ、どのようなタイミングで必要とするかを明らかにする必要がある。

この問題を解決することを目的に、国立がん研究センター東病院では、サポーティブケアセンタ

【図1】 高齢がん患者を中心とした患者・家族の対面調査の流れ

### 高齢化社会 高齢がん患者の増加

- フレイル：脆弱性を持った患者の増加
- 合併症（身体）  
認知症
- 独居、高齢者の2人暮らし（老老介護、認知介護など要医療の介護者の存在）

従来の若年者を想定した支持療法の限界

- フレイルな状態のがん患者の標準治療を明らかにする必要
- フレイルに合わせた必要な支援を明らかにする必要

### CGAに基づく包括的なアセスメント

- 身長：IADL、ADL、転倒、筋力、栄養
- 精神：認知機能、抑うつ
- 社会的問題：就労、ソーシャルサポート、介護度
- 家族：家族状況、家族の身体・精神状態、介護負担

- 包括的な身体・精神心理的苦痛、社会的問題の把握

### 包括的な問題の把握

- 各治療段階でのニーズの把握→ニーズに応じた支援体制の整備が可能
- 治療に伴う経過（illness trajectory）の把握  
→今後起こり得る問題を予測する診療支援システムの開発

1を立ち上げたが、望まれる支援体制を明らかにするために、高齢がん患者を中心に、患者・家族の対面調査を計画した。本調査では、がんの診断時を中心に、治療のさまざまな段階において、患者の身体状況のみならず、日常生活機能、患者・家族の精神心理的負担の有無、社会的状況、就労問題等を把握することを目指している（図1）。

Ent:CGA)と呼ばれ、高齢者医学の標準的な評価方法として確立しつつある。今回の調査は、初めて大規模にCGAを実施し、わが国の高齢がん患者の支援を計画する上での基礎となるデータとなることを期待している。

加えて、今回の調査では一部でCGAを継続的に評価することを予定している。継続的なデータを取得することで、「合併症のある患者に対して、どのようながん治療を行うことが適切なのか」独



居の高齢がん患者に対してどのような支援を、いつ提供するのが最適なのか」という支援療法を提供する上でのニーズの把握のみならず、脳梗塞や重複がんを合併している場合など、合併症を持った場合のがん治療の方針、社会的な問題が治療に与える影響など、臨床試験の対象となりにくいものの、日常臨床では遭遇する事態がどのような影響を治療に及ぼすのか、その影響を予測することが可能になり、どのような治療が適切なのかを検討する資料にもなり得る。

### 実施上の課題—継続的な調査が成り立つためには支援が必要

本調査は、いくつかのステップに分けて継続的に実施する予定であるが、継続に当たって課題も多い。CGAは網羅的なデータを取得することができるものの、実施に当たり1時間弱の面接調査を行う必要がある。患者・家族の負担もあるし、実施する医療者の負担も大きい。また、調査に要する資金面も課題である。

緩和・支援療法への研究費の配分はこの5年で減少し、ほとんど調査が成り立たなくなってきた。支援療法の開発とは「どのように症状を評価し、誰がどのような対応・処置を行うか」を扱うことであり、つまり医療者の教育・研修につながる領域である。日常臨床に直結する領域である一方、創薬などの産業に直結しないために近年のイノベーションにはなじみにくい領域である。危機的な状況の中、継続的な調査が成り立つよう、ぜひ支援をお願いしたい。

## 好評発売中!! 月刊新医療・別冊

### 病院と患者のための放射線治療

◆放射線治療において、病院は何を目安として治療装置を選定すればよいか、またそれをどのように使いこなして医療の質の向上を目指すべきか、ひいては病院経営に寄与していくかという視点から構成されたものです。

## 病院と患者のための放射線治療

東京大学医学部附属病院 中川恵一・監修

ISBN 978-4-901276-32-0

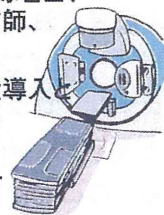
### 病院と患者のための放射線治療 中川恵一・監修

A4変型 184頁  
定価:本体 3,048円

お問い合わせ、ご注文は

#### 主な内容

- 放射線治療の最前線—放射線治療とは
- がんの種類別放射線治療の実際—脳腫瘍、食道がん、肺がん、大腸がん他
- 放射線治療装置事例紹介—国立がん研究センター中央病院、他
- わが社の放射線治療装置開発—最新製品レビュー
- 放射線治療を支えるチーム医療—治療医、医学物理士、診療放射線技師、認定看護師
- 放射線治療装置導入と病院の経営戦略
- 放射線治療を始めるに当たって



月刊新医療

URL:<http://www.newmed.co.jp>  
E-mail:[bo@newmed.co.jp](mailto:bo@newmed.co.jp)

TEL.03-3545-6177  
FAX.03-3545-5258

発行元/  
(株)エムイー振興協会