

呼吸困難に対する非薬物療法(ケア)

- ①口渇への対処
 - ・水、感染予防、適度な湿度
- ②酸素投与の工夫
 - ・患者の嗜好に合わせる
 - ・行為によって変える（食事時：ザール、症状強い時：マカ）
 - ・時々、はずす、緩める
- ③体位の工夫
 - ・いいほうの肺を上にする
- ④環境整備
 - ・低めの室温、風が吹きぬける工夫、顔に風を当てる
- ⑤理学療法
 - ・理学療法、マッサージ
- ⑥精神的ケア
 - 理解・保証（すぐに対処する方法の存在）・存在（寝るまでそばにいる）
 - ・セルフコントロール(くすりを置いておく)

症状マネジメントの10原則

1. 治療の前に、まず患者の病態を検討する
2. 症状の原因と成り立ちについて、わかりやすい言葉で患者に説明する
3. 選択可能な複数の治療について患者と話し合う
4. 治療の内容を家族に説明する
5. 症状が持続的な場合は、症状の再発を予防する方式で薬を投与する
6. 治療は単純な方法で開始し、複雑なものは後回しにする
7. 治療は薬剤だけに限定しない
8. 治療が期待どおりの効果があげない場合、同僚や専門医の意見を求める
9. 患者と家族への、現実的で配慮のゆき届いた指導が必要である
10. 治療方針の見直し！見直し！見直し！

本家 好文先生のご紹介

(広島県緩和ケア支援センター長 (県立広島病院緩和ケア科部長))

略 歴

昭和50年3月 広島大学医学部卒業ののち
昭和50年4月 広島大学医学部放射線医学教室
昭和51年6月 広島赤十字・原爆病院放射線科
昭和53年4月 放射線医学総合研究所病院部
昭和55年1月 広島大学医学部附属病院放射線科
昭和60年9月 厚生連広島総合病院放射線腫瘍科部長
平成8年9月 英国 (St. Peter College) において緩和ケア研修
平成12年1月 国立病院呉医療センター緩和ケア科部長
平成15年4月 広島県緩和ケア支援センター開設準備室室長
平成16年4月 広島県緩和ケア支援センター長、現在に至る

平成5年12月より 緩和ケアを考える会・広島会長
平成12年11月 第24回日本死の臨床研究会年次大会長

所属学会

日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会、日本癌治療学会
日本臨床死生学会、日本医学放射線学会、日本放射線腫瘍学会
日本死の臨床研究会、日本ホスピス・在宅ケア研究会

学会活動

日本緩和医療学会 (常任理事)
日本死の臨床研究会 (世話人)
日本死の臨床研究会中国・四国支部 (支部長)

その他

(班研究)

平成18年度厚生科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業
「患者の視点を重視したネットワークによる在宅がん患者支援シス
テムの開発」谷水班 班員

(著書・訳書)

著書「がんを知るとき伝えるとき」 家の光協会出版 1996年
共著「がんの苦しみが消える」 三省堂 1994年
共著(分担)「がん緩和ケアに関するマニュアル」

厚生労働省・日本医師会 2002年

訳書(分担)「トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント」

東京：医学書院、2003年

名古屋 緩和ケア実践セミナー2006
(2007年2月17日)

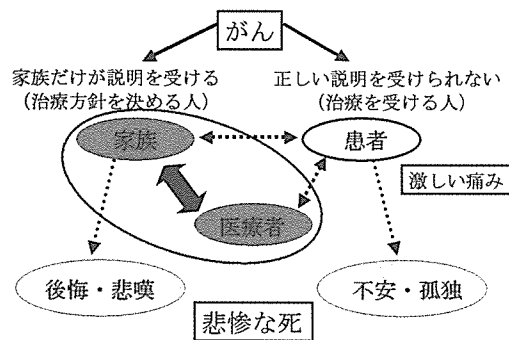
進行癌・末期患者とのコミュニケーション

広島県緩和ケア支援センター
本家好文

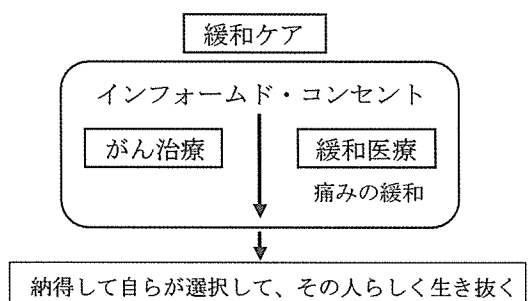
緩和ケアが大切にしていること

- 適切な症状コントロール
身体的苦痛の緩和 (疼痛治療)
- 家族のサポート
死別後の遺族ケア
- 良好なコミュニケーション
精神的なサポート
インフォームド・コンセント

以前のがん医療における病状説明



望ましいがん医療のあり方



病状の説明に関する言葉の問題

がん告知 (Truth Telling)

病名・病状の説明 (真実を伝える)

ムンテラ (Mund Therapie)

インフォームド・コンセント
(Informed Consent : I.C.)

インフォームド・コンセント

- 分かりやすい言葉で病状の説明が行われる
- 勧められる方法の利点と欠点の説明が行われる
- 代わりになる方法の利点と欠点の説明が行われる
- 納得できるまで質問する機会が保証される
- 自主的な選択であり、同意だけでなく拒絶できる

良く理解したうえで、自ら選択すること

コミュニケーション(1)

● コミュニケーションの準備

- ・身だしなみを整える
- ・静かで快適な部屋を準備する
- ・座る位置に配慮する
- ・挨拶をする
- ・名前を確認する
- ・礼儀正しく接する
- ・時間を守る

(内富庸介：緩和ケア実践セミナー講演資料より)

コミュニケーション(2)

● 話を聞くスキル

- ・目や顔を見る
- ・視線は同じ高さを保つ
- ・患者に話すように促す
- ・相づちを打つ
- ・患者の言うことを自分の言葉で反復する

(内富庸介：緩和ケア実践セミナー講演資料より)

コミュニケーション(3)

● 質問するスキル

- ・Yes/Noで答えない質問を用いる
(オープン・クエスチョン)
- ・病気だけでなく、患者自身への関心を示す
- ・分かりやすい言葉を用いる

(内富庸介：緩和ケア実践セミナー講演資料より)

コミュニケーション(4)

● 応答するスキル

- ・患者が言いたいことを探索し理解する
- ・説明的な応答をする
- ・患者の言葉を言い換えて
理解したことを伝える

(内富庸介：緩和ケア実践セミナー講演資料より)

コミュニケーション(5)

● 共感するスキル

- ・患者の気持ちを探索し理解する
「どのようにお感じになっているか
教えてくださいませんか？」
- ・沈黙を積極的に使う
患者の言動を積極的に待つ
- ・患者の気持ちを繰り返す
「死にたいくらい辛い」とおっしゃいましたね

(内富庸介：緩和ケア実践セミナー講演資料より)

How to Break Bad News

～A Guide for Health Care Professionals～

Robert Buckman, M.D.

真実を伝える

～コミュニケーション技術と精神的援助の指針～

監訳：恒藤 暁
(診断と治療社)

Truth Telling (真実を伝える) とは？

がんという病名・検査結果
治療の結果・病状と今後の予測

↓
真実の情報を伝えるだけでは終わらない

事実が患者にどう伝わるのか
患者がどう受け止めたのか
患者が何を感じているのか

患者と医療者が相互に理解して、
どう付き合っていくかを一緒に考えるプロセス

患者と医療者とのコミュニケーション

真実 (悪い知らせ) を伝える側の 心理状態と行動

悪い知らせとは、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情報

伝える医師の心理状態や行動パターン

- 落ち着きがなくなり、不安になってイライラする
- 苦手なことから逃れようとして逃げ腰になる
- 専門的な雰囲気や話し合いを進めようとして
医学的な専門用語を使う

悪い知らせを伝える側の心理状態

「悪い知らせとは、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情報」

伝える医師の心理状態や行動パターン

- 落ち着きがなくなり、不安になってイライラする
- 苦手なことから逃れようとして逃げ腰になる
- 専門的な雰囲気や話し合いを進めようとして
医学的な専門用語を使う

悪い知らせを伝えることは、 なぜ難しいのか？

- 悪いことを伝えると、患者や家族が失望し、
狼狽して非難されることが心配
- 病状が悪化したり亡くなったりするのは
治療が失敗したからだと思込んでいる
- 悪い知らせを適切に伝えることを
教えられていないことに対する恐れ
- 自分の感情を抑えきれなくなることへの恐れ

専門家の基本的な技術として重要

「私はがんですか？」

- 患者が質問してきたことを質問する
・なぜ、あなたはがんだと思うのですか？
- もっと知りたいことがあるのかを尋ねる
・あなたは自分の病気について
どのようなことを知っていますか？
・自分の病気について知ることが
あなたのお役に立ちますか？
・あなたの病気についてお話しするのは
あなたの大切な人と一緒の方が良いと思いますか
いかがですか？

「本人には本当のことを 伝えないでください」

- 家族が患者のことを
一番良く知っていることを認める
- 家族が病気について、
どの程度知っているかを確認する
- なぜ言わない方が良いと思うかを確認する
- 患者と家族と一緒に話しあうことを勧める

↓
愛する家族を傷つけないで欲しい

Breaking Bad News

～A Ten Step Approach～

Peter Kaye, M.D.

第1段階

十分な準備をする(場の設定)

- 話し合う前に事実を十分確認する
- プライバシーを確保して座って話し合う
- 患者が誰と一緒にいることを希望しているかを確認する
- 前もって話し合いの日時を決める
- 話し合いの時間を区切る
- 看護師が同席できるようにする
- ティッシュ・ボックスを用意する

第2段階

患者が何を知っているかを確認する

病状の理解度を確認する

「患者の言葉から得られる感情や情報」

- 主な関心事
- 感情のレベル
- 薬に対する考え方
- 将来に対する期待

第3段階

どの程度の情報を求めているかを理解する

- もっと情報を求めることは大変驚かせる可能性があることを伝える
- 情報をもっと伝えるかどうかについて話し合う(もう少し説明を追加してもいいですか)
- 拒否すれば、それ以上は話さないようにする

第4段階：拒絶を認める

- 拒絶は防御である(拒絶は恐怖と信頼の欠如からくる反応)
- 患者が情報量をコントロールすることを認める

第5段階：警告の一撃を与える

- 「かなり深刻な病状のようです」と、厳しい状況であることを伝える

第6段階

求められれば説明を追加する

- 徐々に情報のギャップを少なくする
- 明確に簡略に説明する(詳しいことは後で説明する)
- 優しい表現を用いる
- 医学専門用語を使わないようにする
- 理解しているかどうかを確認しながら説明する

第7段階：患者の関心事に傾聴する

- 患者の関心のあることから説明することで、相談したことに満足しやすくなる

第8段階：患者が感じていることを話すように勇気づける

- 恐怖心をもっているため聞けなかったり、医師の態度で聞くことができなかつたりすることがある

第9段階：まとめと計画

- 患者の問題リストを理解していることを示す
- 今後の計画や戦略を立てる
- 「絶対がんではない」「必ず治る」といった現実的でない約束はしない
- 最後まで共にいることや、望みをすてない姿勢を示す

第10段階

いつでも相談にのれることを申し出る

- 役に立てる人物であることを申し出る
- 「もう少し時間がありますが、他に話し合っておくことはありませんか」と尋ねて終わるようにする
(Open Question)

真実を伝えたあとの援助

- どのように伝わったかを確認する
- 気持ちの落ち込みを受け止める
- 安易な励ましは避ける
- 最善を尽くすことを伝える
- コミュニケーションを継続する
- チームでサポートする

明智 龍男 先生のご紹介

(名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 助教授
名古屋市立大学病院こころの医療センター 副センター長)

略 歴

平成 3 年 広島大学医学部卒業
平成 4 年 国立呉病院・中国地方がんセンター精神科研修
平成 6 年 社会保険広島市民病院精神科医師
平成 7 年 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部研究員
平成 10 年 国立がんセンター中央病院精神科医師
平成 12 年 4 月 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部・室長
平成 16 年 4 月 名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 助教授

所属学会

日本サイコオンコロジー学会、日本緩和医療学会、日本総合病院精神医学学会、日本精神神経学会、日本心身医学会、日本癌治療学会、Academy of Psychosomatic Medicine、International Psycho-oncology Society

学会活動

日本サイコオンコロジー学会 常任世話人
日本緩和医療学会 評議員
日本総合病院精神医学学会 評議員
厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）班員

その他

著書：がんとこころのケア、NHK ブックス等
代表論文：Akechi, T., Taniguchi, K., Suzuki, S., et al (in press) Multifaceted psychosocial intervention program for breast cancer patients after first recurrence: feasibility study. *Psychooncology*.
Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., et al (2006) Screening for Depression in Terminally Ill Cancer Patients in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 31, 5-12.
Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., et al (2004) Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*, 22, 1957-1965.
Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., et al (2004) Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*, 100, 183-191.
Akechi, T., Nakano, T., Akizuki, N., et al (2003) Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics*, 44, 244-248.

緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス

名古屋市立大学大学院 精神・認知・行動医学
名古屋市立大学病院 こころの医療センター

明智 龍男

サイコオンコロジー（精神腫瘍学）

- がんが心に及ぼす影響・・・QOL
- 心や行動ががんに与える影響・・・進展・生存

緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス

- ・ ケアが望まれる精神症状の頻度
- ・ アセスメント、早期発見
- ・ マネージメント

がん患者の精神症状 -不安・抑うつ-

北村俊則, 1998; Lazarus, 1991; Kaplan, 1994

- ・ 不安: 漠然とした未分化な恐れ of 感情
状況: 不確実な脅威への直面
- ・ 抑うつ: 正常範囲を超えた悲しみの感情
状況: 喪失、喪失の予期

がん情報の不足・・・・・・・・不安
がん情報 (bad news) の開示・・・抑うつ

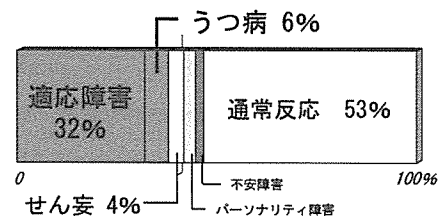
がん患者の心理的反応 -通常反応-

第1相 初期反応	1週間以内
ショック	“頭が真っ白になった”
否認	“がんになるはずがない。何かの間違いだ。”
絶望	“もうだめだ”
第2相 情緒的苦痛の時期	1〜2週間程度
不安・抑うつ気分	
食欲不振・不眠	
第3相 適応の時期	数週間後から
現実的問題への直面	
楽観的見方ができるようになる	
活動の再開	

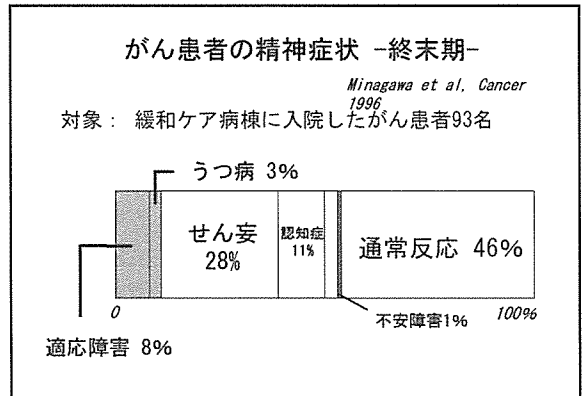
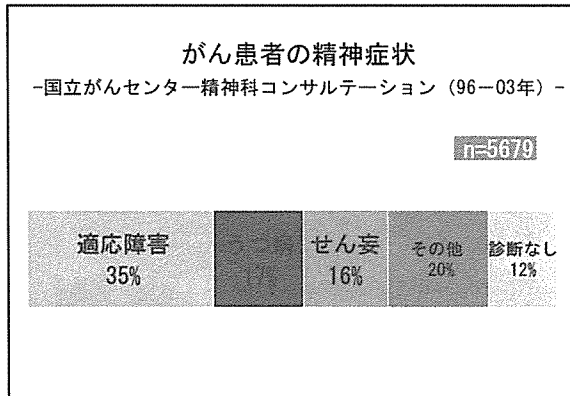
がん患者の精神症状

Derogatis et al, JAMA 1983

対象: 無作為抽出された入院/外来がん患者215名



がん患者の約半数に精神症状が認められる
適応障害、うつ病、せん妄の頻度が高い



がん患者の精神症状の有病率

適応障害	10-30%
うつ病	3-10%
せん妄	身体状態がよい時期 数% 終末期 30-80%

事例検討に提出されたがん患者39症例の精神科診断

-ホスピスケア認定看護師教育専門課程 (日本看護協会)

・せん妄	18例 (46%)	} 92%
・適応障害・うつ病	9例 (23%)	
・適応障害・うつ病からせん妄への移行	9例 (23%)	
・その他 (統合失調症)	1例 (3%)	
・診断不明	2例 (5%)	

- ### がん患者の精神症状がもたらす影響
- 適応障害、うつ病
- ・自殺の最大の原因 *Henriksson et al, J Affective Dis 1995*
 - ・QOLの全般的低下 *Grassi et al, J Pain Symptom Manage 1996*
 - ・家族の精神的負担増大 *Cassileth et al, Cancer 1985*
 - ・治療コンプライアンスの低下 *Colleoni et al, Lancet 2000*
- せん妄
- ・事故の原因
 - ・家族とのコミュニケーションの障害
 - ・自律的な意思決定の障害 *Litaker et al, Gen Hosp Psychiatry 2001*
 - ・入院期間の長期化 *Lawlor et al, Arch Intern Med 2000*
 - ・医療スタッフの疲弊 *Inouye et al, Engl J Med 1999*

- ### 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス
- ・ケアが望まれる精神症状の頻度
 - ・アセスメント、早期発見
 - ・マネージメント

適応障害とは 米国精神医学会の診断基準

- はっきりと確認できるストレス（がんの診断や再発の告知など）に関連して起こる不安・抑うつ。
（うつ病の診断基準は満たさない）。
- それにより予測されるものをはるかに超えた苦痛、あるいは社会的、職業的機能の著しい障害を生じている状態。

がん患者に多いのは不安と抑うつを伴う適応障害

うつ病とは 米国精神医学会の診断基準

せん妄とは 米国精神医学会の診断基準

- 注意の集中・維持・転導能力の低下を伴う意識障害
- 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、または認知症によらない知覚障害
- 短期間に出現（数時間-数日）し、症状が一日のうちで変動

せん妄とは

- 身体疾患・薬剤などによる急性の脳機能不
- 兎当識障害（場所や時間がわからない）
集中力の低下（ぼんやりしている）
幻覚（「誰かがそこにいる」；幻視など）
妄想（「殺される」；被害妄想）
焦燥（いらいらして落ち着きがない）
興奮（突然大声で叫ぶ）
行動異常（ベッドから立ち上がる、点滴を抜く）
睡眠覚醒リズムの障害（昼うとうと、夜間は不眠）
など様々な精神症状がみられる
- 多くは日内変動を伴う（夜間増悪が一般的）
精神症状が前景に立つことが多いが、本態は意識障害

せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
発症様式	急性、亜急性	慢性
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり（夜間増悪）	目立たない
意識	混濁	正常
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない

がん患者の不安・抑うつ（適応障害・うつ病等）の危険因子

一般的要因	若年、一人暮らし
がん	痛み、PS（身体的機能）低下 進行・再発がん
がん治療	ステロイド剤、インターフェロン
心理社会的要因	神経質さ、 コーピング（悲観的）、 うつ病の既往歴、 不十分なソーシャルサポート

せん妄の原因

中枢神経系への直接的侵襲	脳転移、髄膜炎
臓器不全による代謝性脳症	肝・腎機能障害、呼吸不全
電解質異常	Ca、Naの異常
薬剤性	モルヒネ、ステロイド、 抗うつ薬、睡眠薬など
感染症	肺炎など
血液学的異常	貧血
栄養障害	全身性栄養障害（悪液質）
腫瘍随伴症候群	遠隔効果、ホルモン産性腫瘍

進行・終末期では多要因であることが多い

主治医によるがん患者の抑うつの認識

がん患者の抑うつと主治医による評価の一致率)
n=1109

主治医による抑うつの評価	患者の抑うつの程度		
	なし	軽い	重い
なし	79%	61%	49%
軽い	18%	33%	38%
重い	3%	6%	13%

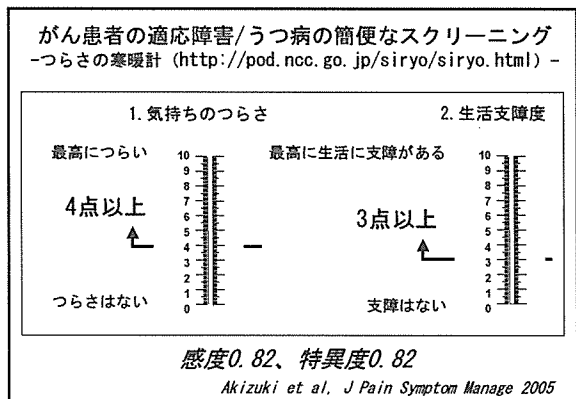
Passik et al, J Clin Oncol 1998
がん患者の抑うつは見逃されやすい

看護師によるがん患者の抑うつの認識

がん患者の抑うつと看護師による評価の一致率)
n=1109

看護師による抑うつの評価	患者の抑うつの程度		
	なし	軽い	重い
なし	81%	61%	53%
軽い	15%	29%	33%
重い	4%	10%	14%

McDonald et al, Oncology Nursing Forum 1999
がん患者の抑うつは見逃されやすい



看護師によるせん妄の認識

Inouye et al, Arch Intern Med 2001

対象 新規に入院した70歳以上の患者 (n=797)
方法 看護師がせん妄の有無を臨床的に評価（隔日）

看護師によるせん妄の同定率

看護師の評価	観察総数 (n=2721)	
	せん妄あり (n=239)	せん妄なし (n=2482)
せん妄あり	19 %	4 %
せん妄なし	81 %	96 %

せん妄のスクリーニング

Mini Mental State Examination (MMSE)

質問内容	得点
1 (5点) 今年は何年ですか 今何月ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	
2 (5点) ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何町ですか ここは何地方ですか(例: 関東地方)	
3 (3点) 物品名を3個覚えてもらい 直後に被験者に繰り返してもらい (正解1個につき1点)	
4 (5点) 100から順に7を引く (5回まで: 正解1個につき1点)	
11 (1点) 次の図形を書いてください	

(30点満点)

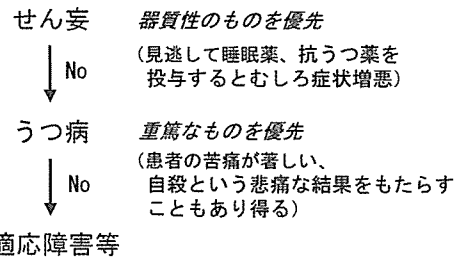
23点以下で認知機能障害の可能性
=せん妄を疑う

せん妄のスクリーニング
NEECHAM Confusion Scale (NCS)

- ・看護師のせん妄アセスメントのために開発
通常の看護ケア（患者との言語・非言語的なやりとり）の中で観察可能な要因から構成
患者に認知機能検査などの負担をかけない
- ・スクリーニング、重症化の予測にも使用可
- ・日本語版が標準化されている

綿貫ら、臨床看護研究の進歩、2001

がん患者の精神症状の評価



緩和ケアにおける精神的ケアの
エッセンス

- ・ケアが望まれる精神症状の頻度
- ・アセスメント、早期発見
- ・マネージメント

がん患者の適応障害/うつ病のマネージメント：
精神療法・コミュニケーション
薬物療法

がん患者の適応障害/うつ病のマネージメント
-支持的な精神療法-

不安や抑うつを有するがん患者に対して、心の負担について話すことは決して恥ずかしいことではないことを伝え（感情表出の促進）、患者の声にしっかりと耳を傾け（傾聴）、批判・解釈することなくあるがままを受けとめる（受容）。医療者は患者の言葉に対して肯定的に接し（支持）、そのうえで適切な情報を提供し、現実的な範囲で保証を与える（保証）。

これらの過程を通して、患者を理解し、患者の感情と苦しみは今、まさに正しく理解されつつあると言語的、非言語的に伝えることが治療的に働く。

がん患者の適応障害/うつ病のマネージメント
-支持的なコミュニケーションのポイント(1)-

Yager, Psychosomatics 1989; 明智ら、精神神経誌 2004

- ・座ること
- ・患者さんのためにちょっとした何かをしてあげること
- ・今一番心配なことは何かを尋ねること
- ・病気についての患者さんの理解の仕方や不安に感じていることをよく聞いておくこと
- ・患者さんの家族や仕事、また病気が家族関係や社会的役割に与えている影響の大きさについてよく聞いておくこと
- ・患者さんが誇りに思っている活動や業績を聞いておくこと、そして機会をみてそのことを讃えること
- ・患者さんが遭遇している人間としての苦境について理解を示すこと

がん患者の適応障害/うつ病のマネージメント
-支持的なコミュニケーションのポイント(2)-

- ・「私は死ぬのですか？」などの問いに対しては、肯定したり否定したりする必要はない。大切なことは、事実を伝えることより、心のつらさに共感することである。
- ・患者さんが死を受容することを目標としない。患者さんの心はそれほど機械的ではない。
- ・逆転移（患者に対する医療者の感情や態度）に注意。（医療者は死に直面して患者さんに何もできない、無意識に足が遠のいてしまう、など）

がん患者の適応障害/うつ病のマネージメント：
精神療法・コミュニケーション
薬物療法

ここで少し最近注目されています、
望ましい最期、実存的苦痛などについて、
少し触れさせていただきます。

望ましい最期とは何か？-米国

Steinhauser et al, Ann Intern Med 2000

6つの要素から構成

1. 症状コントロール (Pain and Symptom Management)
2. 意思決定への参加 (Clear Decision Making)
3. 死の準備 (Preparation for Death)
4. 人生の完成 (Completion)
5. 他者への貢献 (Contributing to Others)
6. 患者ではなく人間として (Affirmation of the Whole Person)

望ましい最期とは何か？-日本

Hirai et al, J Pain Symptom Manage 2006

欧米と共通のものと日本独自のものが存在

苦痛がない
医療者とよい関係でいる
できる限りの治療を受ける
準備ができる、残された時間を知る
死を意識しない
心残りがなく、希望がある
役割を果たせる
人としての尊厳がある
家族とよい関係でいる
迷惑にならない、自分のことが自分でできる
他人に弱った姿を見せない

終末期がん患者の実存的苦痛への新たな試み

Meaning-Centered Group Psychotherapy

人生の意味に焦点を当てた集団精神療法を通して、苦悩の中にあっても生きる意味を見出すことが可能となるよう援助する。

Greenstein et al, Am J Psychother 2000

Dignity Therapy

患者が最も大切であると考えていること、および愛する人に最も記憶に留めておいて欲しいことに関して話し合い、それを記録に残すことを通して、価値ある何かを残すことができるという感覚を生み出す。
(この面接は録音された後に書きおこされ、患者に提供される。
多くの場合、この記録は家族に残される。)

Chochinov et al, JAMA 2002; J Clin Oncol 2005

Dignity Therapy

Chochinov et al, J Clin Oncol 2005

ベッドサイドで面接、30-60分、概ね1回

質問内容（一部）

- ・あなたの人生の中で特に最も記憶に残っていることや最も大切だと感じられていることについてお話しいただけますか？
- ・あなた自身のことでご家族に知っておいてもらいたいことや覚えておいてもらいたい何か特別なことがありますか？
- ・愛する人に伝える必要があると感じられていることや時間を設けてもう一度言っておきたいことが何かありますか？
- ・あなたのご家族に伝えたいアドバイスや言葉は何ですか？

がん患者の適応障害/うつ病のマネジメント：
精神療法・コミュニケーション
薬物療法

適応障害の薬物療法（1）

- 不安→抗不安薬
単剤
短時間作用型（e.g.アルプラゾラム）
少量から開始し、漸増（眠気、ふらつきに注意）
（e.g.アルプラゾラム(0.4)2T 2×朝、夕から開始、
2-3日毎に評価し、必要に応じて増減）
- 抑うつ→アルプラゾラム、抗うつ薬
後述

適応障害の薬物療法（2）

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系）

一般名	商品名	がん患者に対する利点
アルプラゾラム	ソラナックス、コンスタン	抗うつ作用
ロラゼパム	ワイパックス	肝への負担少
プロマゼパム	セニラン	坐剤
クラナゼパム	ランドセン、リボトリール	鎮痛補助作用

適応障害の薬物療法（3）

抗不安薬の有害事象-がん患者に使用する場合の留意点

- 眠気： オピオイド併用時には特に注意
- ふらつき： 転倒に注意（特に高齢者、骨転移）
- 倦怠感： 増悪要因になりうる
- 意識混濁： せん妄の誘引

うつ病の薬物療法（1）

抗うつ薬の使い方

1. 原則的に単剤
2. 十分な説明
 - ・ 効果発現までに2-4週程度要すること
 - ・ 有害事象が先行する可能性
3. 少量から開始し、有害事象に注意しながら漸増

抗うつ薬 うつ病の薬物療法（2）

一般名	商品名	分類	がん患者における利点
アミトリプチリン	トリプタノール	三環系抗うつ薬	鎮痛補助効果
クロミプラミン	アナフラニール		注射剤
ノルトリプチリン	ノリトレン		抗コリン性有害事象少
アモキサピン	アモキサン	第二世代抗うつ薬	抗コリン性有害事象少
ミアンセリン	テトラミド		抗コリン性有害事象少
メチルフェニデート	リタリン	精神刺激薬	即効性
アルプラゾラム	ソラナックス	ベンゾジアゼピン系抗不安作用	抗不安作用
フルボキサミン	デプロメール		選択的セロトニン再取り込み阻害薬
パロキセチン	バキシル		抗コリン性有害事象極少
ミルナシبران	トレドミン	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	抗コリン性有害事象極少 薬物相互作用少

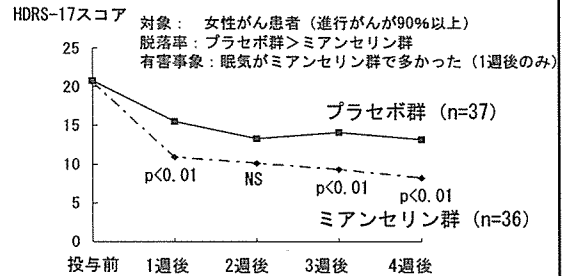
うつ病の薬物療法 (3)

抗うつ薬の有害事象-がん患者に使用する場合の留意点

抗コリン性 抗ヒスタミン性	モルヒネの有害事象 (口渇、便秘、 排尿障害・尿閉、眠気、せん妄) を増悪
セロトニン作動性	抗がん剤による有害事象 (嘔気・嘔吐、食欲低下) や 悪液質の症状 (食欲低下) を増悪
ノルアドレナリン作動性	モルヒネによる有害事象 (排尿障害・ 尿閉) を増悪

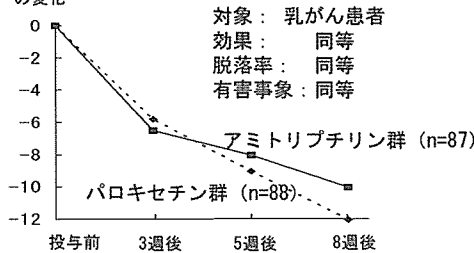
がん患者のうつ病に対する無作為化比較試験 -ミアンセリン Vs プラセボ-

Costa et al, Acta Psychiatr Scand 1985



がん患者のうつ病に対する無作為化比較試験 -パロキセチン Vs アミトリプチリン-

MADRSスコアの変化 Pezzella et al, Breast Cancer Res Treat 2001



進行がん患者の抑うつ状態に対するメチルフェニデート の有用性に関する後方視的研究

著者 (年)	n	精神症状	平均投与量 (mg/日)	結果
Fernandez (1987)	30	うつ病 適応障害	(記載なし)	改善: 77% 有害事象: 23%
Olin (1996)	15	うつ病 適応障害	8	改善: 80% (多くは2日以内) 有害事象: 19%
Maclead (1998)	26	うつ病	17.7	改善: 46% 有害事象: 8%

がん患者に対する抗うつ薬の使用-その他留意点

- ・ 特定の抗うつ薬の有用性が高いわけではない
Geddes et al, Cochrane Database Syst Rev 2000; Hansen et al, Ann Intern Med 2005
→有害事象のプロファイルが重要
- ・ 症状緩和の可能性
神経因性疼痛に対する三環系抗うつ薬
Saarto et al, Cochrane Database Syst Review 2005
- ・ ホットフラッシュに対するパロキセチン、ベンラファキシン (SNRI)
Stearns et al, J Clin Oncol 2005; Loprinzi et al, Lancet 2000
- ・ 薬物相互作用の可能性
フルボキサミン-サイクロスポリン (血中濃度上昇)
パロキセチン-タモキシフェン (抗腫瘍活性を有する代謝産物への代謝阻害)
Stearns et al, JNCI 2003

がん患者のせん妄のマネジメント

せん妄のマネージメント (1)

● 医学的管理：

1. 原因の同定と治療* - 最重要！
(理学的所見、臨床検査、投薬内容の検討)
(身体的原因の治療、原因薬剤の中止・減薬・変薬)
2. 行動の危険性を評価し、安全性を確保する
(危険物の撤去、頻回の訪床など)

米国精神医学会治療ガイドライン

* 進行がんであっても、薬剤性、高カルシウム血症によるせん妄は可逆性が高い Lawlor et al, Arch Intern Med 2000
Morita et al, J Pain Symptom Manage 2001

せん妄のマネージメント (2)

● 環境的・支持的介入：

1. 環境的介入
照明の調整 (昼夜のメリハリ、夜間の薄明かり)
日付・時間の手がかり (カレンダー、時計を置く)
眼鏡、補聴器の使用
親しみやすい環境を整える
(家族の面会、自宅で使用していたものを置く)
2. リオリエンテーション
(場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるよう手助けをする)
3. 家族への適切な説明が必要
(身体疾患や薬剤によって生じている症状であること)

せん妄のマネージメント (3)

● 薬物療法：メジャートランキライザー (抗精神病薬)

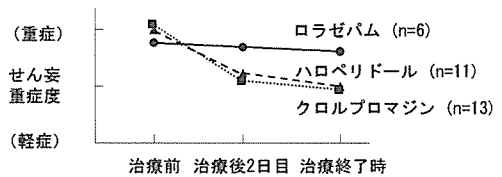
1. ハロペリドール (セレネース) が循環・呼吸機能に及ぼす影響が少ないので有用
2. 0.5mg (1/10A) ~ 2.5mg (1/2A) のPOまたはDIVから開始
3. 治療初日に、少量頻回投与で一日必要量、効果を推定
4. クロルプロマジン、リスベリドン、オランザピン、クエチアピンも有用

注意：睡眠剤・安定剤は、原則的に緊急避難、例外的な使用等に限る (不可逆性の終末期せん妄に対してやむを得ず使用されることがある)
ミダゾラム (ドルミカム)、フルニトラゼパム (ロヒプノール、サイレース)

せん妄のマネージメント-薬物療法 -ベンゾジアゼピン VS メジャートランキライザー-

Breitbart et al, Am J Psychiatry 1996

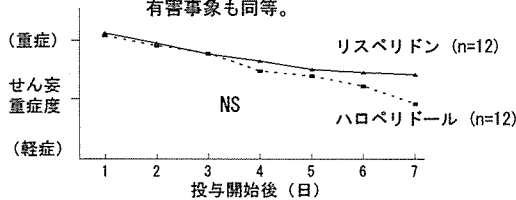
対象： せん妄を合併した入院AIDS患者
デザイン：無作為化比較試験
結果： ロラゼパムは有害事象のため試験途中で中止



せん妄のマネージメント-薬物療法 -ハロペリドール VS リスベリドン-

Han et al, Psychosomatics 2004

対象： せん妄で精神科に紹介された患者
デザイン：無作為化比較試験
結果： ハロペリドール群、リスベリドン群いずれにおいても有意な改善がみられた。有害事象も同等。



せん妄のマネージメント-薬物療法

メジャートランキライザーの有害事象

錐体外路症状	その他
アカシジア (静座不能症) *	便秘、痲痺性イレウス 口渇
パーキンソン症候群	血圧低下、頻脈
急性ジストニア	不整脈 (投与前に心電図)
悪性症候群	肝障害
	緑内障の悪化

*投与開始後1-2週後に生じることが多いので注意が必要、不安、焦燥との鑑別が重要

せん妄のマネージメント (4)

- 終末期せん妄患者の家族へのケア
- ・せん妄について十分な情報を提供する
(病態、症状、現在の状況、見通し、マネージメント/ケアなど)
- ・家族の気がかりや不安、希望を明らかにして、それに対応する
- ・症状への対応の仕方を助言する
(例 幻覚に対しては、肯定も否定もしないでよいこと)
- ・見守る家族のこころのつらさに共感的にかかわる
- ・家族が感情表出できる場を提供する
- ・家族の存在や家族のケアが持つ力について説明する
(例 せん妄であっても、家族がそばにいることや声を理解していることが多く、それが本人の安心感につながる)
- ・患者に安楽をもたらす家族に可能なケアをともに考える
(そばにいる、手を握る、マウスケアなど)
- ・家族に対してもサポートしていく準備があることを伝える

緩和ケアにおける精神的ケアの エッセンス

おわりに

緩和ケアにおける精神的ケアの エッセンス

固有の人格、過去、経験、家族、文化、役割、関係性などをもった“人 (Person)” の健康を脅かす苦痛を苦悩 (Suffering) という。

医療者が患者の経験する苦悩を理解することが出来ないとき、それ自体が苦悩の原因ともなり得る。

Cassel EJ, N Engl J Med 1982

関心をもたれた方のために

教科書

Psycho-oncology, ed. by Holland JC, Oxford University Press
サイコオンコロジー 内富庸介編、診療新社
緩和医療における精神医学ハンドブック 内富庸介監訳、星和書店

読み物

がんところのケア 明智龍男、NHKブックス
がんと心 岸本葉子・内富庸介、晶文社

WEB

国際サイコオンコロジー学会 <http://www.ipos-society.org/>
米国サイコオンコロジー学会 <http://www.apos-society.org/>
国立がんセンター精神腫瘍学開発部 <http://pod.ncc.go.jp/>

緩和ケアにおける精神的ケアの エッセンス

ご清聴ありがとうございました。

田村 恵子先生のご紹介

(淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長、がん看護専門看護師)

略 歴

- 1978年3月 四天王寺女子短期大学保健学科卒業
1980年3月 高槻市医師会看護専門学校卒業
1987年4月 淀川キリスト教病院看護部勤務
1990年3月 佛教大学社会学部社会福祉学科卒業
1996年3月 聖路加看護大学大学院看護学研究科前期博士課程修了
(修士・看護学)
1998年4月 淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長
2006年3月 大阪大学大学院医学系研究科未来医療開発博士課程修了
(博士・医学)

所属学会

日本がん看護学会、日本生命倫理学会、日本医療哲学・倫理学会

学会活動

- 日本緩和医療学会 理事
日本看護科学学会 看護倫理検討委員
日本死の臨床研究会 世話人
ホスピスケア研究会 世話人副代表

その他

日本ホスピス緩和ケア協会 副会長

名古屋 緩和ケア実践セミナー 2006
2007年2月17日 愛知県がんセンター

日常生活援助と家族ケアのエッセンス

淀川キリスト教病院ホスピス
田村恵子

日常生活援助の エッセンス



看護の視点

- 看護婦独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復(あるいは平和な死)の一助となるような生活行動を行うのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意志力と知識をもっていれば、これらの生活行動は他者の援助を得なくても可能であろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う。

Virginia Henderson

死亡までに出現する身体症状

(淀川キリスト教病院ホスピス 206例)

生存期間	1ヶ月以上	1ヶ月	2週間	数日
出現する 身体症状	痛み	+	+	+
		全身倦怠感 食欲不振 便秘 不眠	せん妄	不穏 死前喘鳴

死亡までの機能面での衰退

- がんでは死亡前6ヶ月頃より日常生活動作(ADL)が低下傾向となる。さらに死亡前2~1か月の間に脳血管疾患、心疾患などのADLよりも急速に低下し、死亡前1ヶ月ではさらに機能は衰退する。
Sherry Weitzen: Functional Decline Predicts Site of Death
- 生存期間が2週間より自力移動の障害の頻度が高くなり始め、次第に日常生活動作の援助が重要となってくる。死亡数日前より水分摂取や会話、応答の機能が急速に衰退する。

セルフケアを基盤とした看護

- セルフケアとは、人が、自らの生命、健康、安寧を維持するために行う行為のことである。
- 発達や治療により本人のセルフケア能力の限界を超えたセルフケアが必要となったとき、人はセルフケアの不足を経験する。このような状況において、人は看護を必要とする。
- セルフケアのゴールは安寧(well-being)という主観的な統合の状態であり、患者本人の自律の感覚を重視し、本人が自律の感覚を得ることができるように援助する。