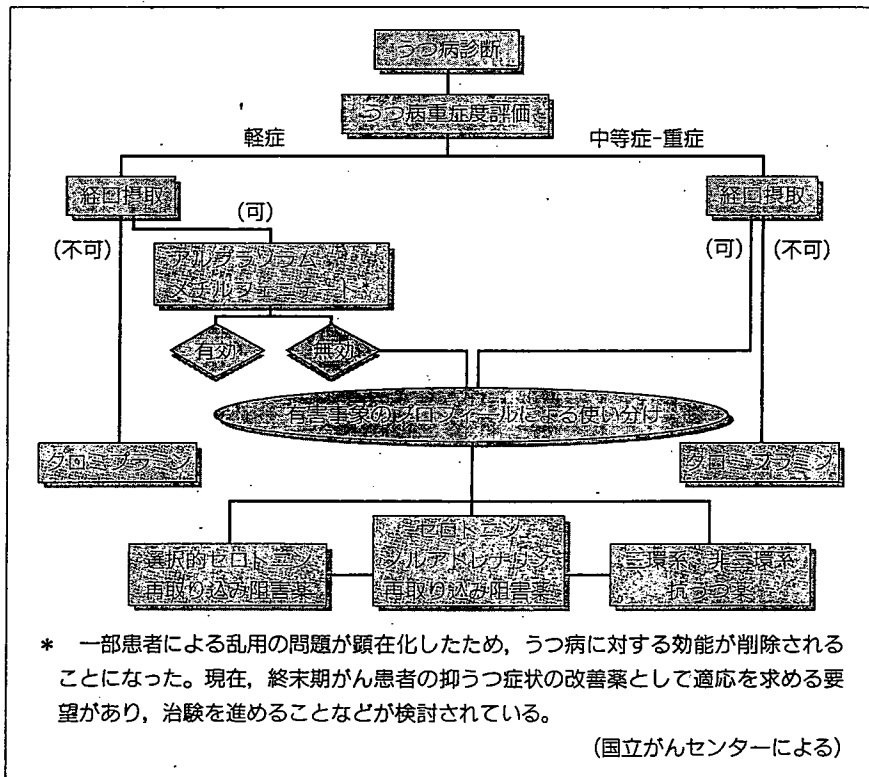


薬物療法の実際◎ 一般的には、特定の抗うつ薬が有用性でまさるといえるエビデンスはないので、無用な身体的負荷を避けるために有害事象のプロフィールをもとに薬物選択が行われることが多い。

より具体的には、うつ病でも軽症のものや反応性のもものでは、抗うつ作用を有する抗不安薬であるアルプラゾラムから開始し、中等症～重症例に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、三環系・四環系抗うつ薬から投与することが実際的である(▶図7-4)。

留意しておくことが望まれる有害事象の例として、三環系抗うつ薬による抗コリン性症状(口渇、便秘など)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)による悪心・嘔吐、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)使用時における悪心・嘔吐や排尿障害(とくに前立腺肥大を有する男性患者)、アモキサピン使用時における錐体外路症状(とくに制吐薬としてハロペリドール等が併用されているとき)、脳転移を有する患者へのマプロチリン使用(けいれん誘発)などがあげられる。

また最近の研究で、SSRIの一つであるパロキセチンは、乳がんに対する内分泌療法として広く使用されているタモキシフェンの代謝を阻害することにより、抗腫瘍活性に影響を与える可能性が示唆されたため、両薬物の併用は慎重に行う必要があるかもしれない。



▶ 図7-4 進行がん患者のうつ病に対する薬物治療

いずれの薬物も精神科での一般臨床における通常使用量より少量から開始し、患者の状態をモニタリングしながら慎重に漸増していく。また、抗うつ薬には、効果が発現してくるまでに2~4週間を要するという独特のタイムラグがあるため、有害事象が抗うつ効果に先行して出現することが多い。したがって、もともとなんらかの身体症状を有していることが多いがん患者の治療にあたっては、いたづらな不安をいだかせないよう患者に十分に説明し、理解をえたうえで用いる。

終末期がん患者でとくに予後がかぎられた状況などでは、うつ病の完全な治癒を望むことが現実的にはむずかしいと考えられる場合も存在する。そういった際には、うつ病の症状のなかでも標的症狀を定めて、部分的ではあっても可能なかぎりの症状緩和を行うこと、症状緩和の努力を続けることが重要である。

また、身体状態が日々悪化している状態に抗うつ薬、なかでも三環系抗うつ薬が投与された場合、せん妄の誘因になることもまれではないため、薬物の投与や選択には慎重な判断が必要である。

3 せん妄

■ せん妄の診断と臨床的な危険因子

せん妄は、軽度から中等度の意識混濁に、幻覚、妄想、興奮などのさまざまな精神症状を伴う特殊な意識障害である。したがって、前述してきた、いわばがんに関連して発現してくるストレス疾患としての適応障害やうつ病などとはまったく異なるタイプの精神症状であることを理解しておく必要がある。

せん妄は、がんの経過におけるあらゆる時期にみられるが、前述したように(▶193ページ)術直後および疾患の進行に伴い頻度が高くなり、終末期、ことに死亡前1週間以内の時期では30~80%にみとめられる。せん妄は、患者自身にとって苦痛な症状であるのみならず、危険行動による事故、家族とのコミュニケーションの障害、治療選択等に関する患者の意思決定の障害、医療スタッフの疲弊、入院の長期化等の問題と関連することが示されている。

せん妄の診断 ● 表7-5にせん妄の診断基準を示した。せん妄の典型例では、落ち着きのなさ、不安、焦燥感、睡眠障害などの前駆症状に続き、注意集中困難、覚醒度の変化、精神運動性の変化(興奮など)、知覚障害(錯覚、幻覚など)、記銘力障害、見当識障害、睡眠覚醒リズムの障害などさまざまな精神症状が出現することが多い。また、不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動障害がみとめられることもある。これらの症状は数時間から数日のうちに比較的急性に発症し、日内変動(例；とくに夜間に症状が増悪するなど)がみられるという特徴を有する。

せん妄の原因 ● がん患者におけるせん妄の原因としては、中枢神経系に対する直接的な原因(脳転移など)と、間接的な原因(代謝性脳症、電解質異常、薬物の有害事象、アルコール離脱など)があり、一般的には後者によるものが多い(▶表7-6)。

▶表 7-5 せん妄の診断基準(米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
A. 注意集中、維持、転換する能力の低下を伴う意識の障害(または環境認識における清明度の低下)。	質問に対して集中できない。前の質問に対して同じ答えを繰り返す。質問をしていても覚醒が保てず、可憐な状態になってしまう。
B. 認知の急性(短期)減退(見当識、言語の障害など)。またほかに先行し、確定しないまたは進行中の痴呆と見まわす説明のなかなんかの異常の出現。	最近の記憶が曖昧である。新しいことを5分後には忘れてしまう。時間と場所に関する見当識を失っている。物の名前を言ったり、書いたりするのが下手になる。誤解(物音を聞いて「知人が来ている」という)、錯覚(壁のシミが「虫がいている」という)、幻覚(人がいない場所に「人がいる」という)の存在、以前は「幻覚を現実のもの」と確信していた原因となる。
C. その障害は短期間のうちに出現し(通常、時間から数日)一月のうちに変動する傾向がある。	午前中おとなしく協力的であった人が、夜には躁病を放つたり、部屋から飛び出さったりする。
D. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	

(診断基準は American Psychiatric Association 編、高橋三郎ほか訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引、新訂版、医学書院、2003、具体的な臨床症状は筆者による)

▶表 7-6 がん患者のせん妄の原因

原因	例
腫瘍による直接効果	脳転移、髄膜癌腫
臓器不全による代謝性障害	肝臓、腎臓、肺、甲状腺
電解質異常	高カルシウム血症、低ナトリウム血症
治療の副作用	手術、化学療法、放射線療法
薬剤性	オピオイド類、抗がん剤、抗不安薬、睡眠薬、抗コリン薬、抗精神病薬
感染症	肺
血液学的異常	貧血
栄養障害	全身性栄養障害(低タンパク血症)
腫瘍合併症発症	遠隔効果(ホルモン)産生腫瘍

病期別にみると身体状態のよい時期には治療(手術、化学療法など)に基づく単一要因が多く、終末期には多要因になる傾向がある。進行・終末期にせん妄が発現したがん患者を対象とした検討では、頻度の高い原因は、オピオイド、脱水、肝・腎機能障害等であり、可逆性が高いもの(原因に対するアプローチでせん妄が改善する可能性が高いもの)は、オピオイド、脱水、薬物(オピオイ

ド以外), 高カルシウム血症等であったと報告されている。このように進行・終末期のせん妄でも原因に対する適切なアプローチによって改善する可能性が指摘されている。

■ 治療

原因の同定と治療② せん妄治療の原則は、原因の同定とそれに対する治療である¹⁾。したがって、理学的所見、検査所見、投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し、身体的原因の治療、原因薬物の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある。

原因に対する介入の具体的な例としては、オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション(モルヒネから他の強オピオイドへの変更)、脱水に対する適切な補液、高カルシウム血症に対するビスホスフォネートの投与などがあげられる。しかし、痛みが適切にコントロールされていない場合には、患者の苦痛をいたずらに増幅しないために、オピオイドの安易な減量は避けるべきである。

終末期がん患者にせん妄がみられた場合には、せん妄の原因となっている医学的状態の治療可能性や回復可能性と、治療的介入が実際に施行された場合の利点と危険性(有害事象や治療に伴う負担や患者の苦痛など)のバランスを総合的に評価することが必要である。

■ 環境的・支持的介入

せん妄を増悪させる環境要因を除去することを目的として、患者にとっての親しみやすさや適切なレベルの環境刺激を提供する環境的・支持的介入の併用が推奨されている。

これら介入の具体例としては、周囲の見当識がつくよう夜間も薄明かりをつける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く、親しみやすい環境を整えるために家庭で使い慣れたものを置く、などがあげられる。また、家族や慣れ親しんだ医療スタッフとの接触を頻回にすることで、安心感を与えることも有用である。拘束感を与える点滴ライン、導尿カテーテルなども可能な範囲で控えることが望ましい。

せん妄の際にみられる行動障害(興奮など)および認知や知覚の障害(ゆがんだ認知や幻覚など)は、ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもある。よって、せん妄がみられた場合は、患者の身のまわりからの危険物の除去、頻回の訪床など安全性を確保することも必要となる。

また、せん妄を呈している患者を目の当たりにした家族は、心理的に動揺(たとえば、「がんと闘病がつらいあまり、ついにこんなことになってしまっ

1) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium, Am J Psychiatry 156(5 Suppl) : 1-20, 1999.

た。」など)することが多いために、家族の無用な苦悩を軽減するためにも、患者の治療と併行して、家族に対しての十分な説明と配慮が必須である。

■薬物療法

せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり、治療に時間を要することが想定される場合には、対症療法として薬物療法が行われる。

せん妄の薬物療法の有用性に関する無作為化比較試験は内外を通して2報のみであるが、その結果、ベンゾジアゼピン系薬物に比べ、ハロペリドールあるいはクロルプロマジンといった抗精神病薬のほうがせん妄の治療には効果的であること、および現時点において抗精神病薬のなかで特定の薬物がまさるといふ根拠はないことが示されている¹⁾。

これらの知見から、薬物療法の第一選択薬は、原則的には抗精神病薬であり、実地臨床においては、なかでもブチロフェノン系抗精神病薬であるハロペリドールが推奨されている。ハロペリドールの利点としては、経口投与に加え、筋肉内投与や経静脈的投与も可能であるといった投与可能経路の豊富さに加え、せん妄における精神運動興奮や幻覚・妄想に対して有効性が高く、呼吸・循環器系への有害事象も少ないなどがあげられている。また、せん妄の症状に対するハロペリドールの必要量には個人差が大きく、なかでも注射剤を1アンプル(5mg)単位で投与すると、かなりの割合の患者にとって過量投与になるので、治療初期には少量を頻回投与することにより必要最小量を推定し、翌日からの投与量の参考にすることが推奨されている²⁾。

初回投与量は、筋注・静注では軽度の興奮に対しては通常0.5~2mg(経口投与の場合には非経口投与の1.5~2倍量)を用い、中等度以上の興奮には2.5~5mgを用いる。効果が不十分である場合は30~60分ごとに追加投与していく。ハロペリドールが無効な場合や興奮が強いときには、フェノチアジン系抗精神病薬であるクロルプロマジンを用いるが、心・血管系への影響、とくに血圧の低下には注意が必要である。

これら薬物はせん妄症状の改善後、数日程度は維持し、その後投与量を1/2~1/3程度に漸減していき中止する。また、ハロペリドール、クロルプロマジン等の定型抗精神病薬に加えて、リスペリドン、クエチアピン、オランザピンといった新しい非定型抗精神病薬も有用であることが示唆されている。

1) Breitbart, W., Marotta, R., et al: A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients, *Am J Psychiatry* 153(2): 231-237, 1996.

Han, C. S., Kim, Y. K.: A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium, *Psychosomatics* 45(4): 297-301, 2004.

Skrobik, Y. K., Bergeron, N., et al: Olanzapine vs haloperidol: Treating delirium in a critical care setting, *Intensive Care Med* 30(3): 444-449, 2004.

2) Akechi, T., Uchitomi, Y., et al: Usage of haloperidol for delirium in cancer patients, *Support Care Cancer* 4(5): 390-392, 1996.

抗精神病薬の有害事象 抗精神病薬に共通の有害事象として、ドーパミン受容体遮断作用による錐体外路症状¹⁾であるパーキンソン症候群、アカシジア(静座不能症)、急性ジストニアなどがみられることがある。なかでも、アカシジアと急性ジストニアは患者の苦痛が著しく強いので、抗精神病薬投与中には、これら症状に対する継続的なモニタリングを行う必要がある。

まれではあるが、重篤な有害事象として悪性症候群²⁾があげられる。悪性症候群は全身状態がわるい状況下で起こりやすく、高熱、意識障害、著明な筋強剛などを呈するものであり、対応が遅れると致死的な転帰をとることもある。

その他抗コリン作用(便秘、口渇などの原因となる)や抗 α_1 アドレナリン作用(血圧低下などの原因となる)に基づく有害事象も発現しうる。また、致死的な不整脈であるトルサード・ド・ポアンツ torsades de pointesをおこすこともあるので、投与前には心電図を確認しておく必要がある。

非定型薬 非定型抗精神病薬(リスペリドン、クエチアピン、オランザピン)は一般的に錐体外路系の有害事象や抗コリン作用が少ないことが知られており、ドーパミン受容体遮断作用を有する制吐薬や抗コリン作用のある薬物を投与されている患者や高齢者に対しては、よりよい選択となる可能性がある。しかし、クエチアピン、オランザピンでは、血糖値を上昇させ糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重篤な有害事象を発現したとの報告があり、糖尿病の患者では使用禁忌となっている。

ベンゾジアゼピン系薬物 緊急の鎮静が必要な場合や抗精神病薬のみでは症状のコントロールが不十分な場合には、ベンゾジアゼピン系の薬物(ミダゾラム、フルニトラゼパム)が使用されることもある。とくに、死亡前数日で生じる不可逆性のせん妄の場合、抗精神病薬のみでのコントロールはむずかしいことも多く、その場合ミダゾラムの併用が推奨されているが、これは実質的な鎮静²⁾になるため、その適応を考慮する際には、治療目標に関して家族や医療スタッフとの十分な話し合いを行うことが不可欠である³⁾。

1) パーキンソン症候群は徐々に筋強剛、手指振戦、嚥動などを呈してくるものである。アカシジアは、急性に出現することが多く、静座不能症ともよばれるように、じっと座っていることができなくなるもので、下肢や全身のムズムズ感などの不快感を伴うことが多い。不安、焦燥との鑑別が問題となることもある。急性ジストニアは、急性に発現する頭頸部や眼筋などの筋緊張異常で、斜頸、頸部後屈、眼球上転などを呈するものであり、一般的には若年者に出現しやすい。アカシジアやパーキンソン症候群は、投与後数週で出現することが多いのに対して、急性ジストニアは投与後早期より出現することが多い。

2) 日本緩和医療学会によるガイドラインでは、鎮静は「(1)苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは(2)苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること」と定義されている(▶37ページ)。

3) 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会、日本緩和医療学会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン、2005。

③ がん患者と不眠

1 不眠とは

睡眠はきわめて複雑な生理現象であり、その本態も十分に解明されているとはいいがたいのが現状である。不眠は通常、睡眠時間、その効用および質に対する不満足感を反映した多様な訴えと定義づけられる。臨床上問題となる不眠は“十分に眠れない”、“熟睡できない”という睡眠に対する患者の主観的な評価と考えてよい。“よく眠っていた”と医療者が客観的に評価していても、患者の評価とは異なることがあり、原則的には、患者自身による評価を最優先して考えることが基本である。

不眠は倦怠感の原因になったり、日中の気分、集中力や活動性に悪影響を与えうる。不眠の状態が持続すれば、結果的に日中の生活機能障害を引きおこし、QOLを低下させる一因にもなりうる。

実際、わが国で開発された栗原らによるがん患者のQOL調査票や欧米で繁用されているQOL調査票であるEORTC QLQ C-30にも睡眠状態が項目として含まれている。

不眠の種類● 睡眠障害の種類は実際はきわめて多彩であるが、がん患者にみられる不眠は大別して、入眠障害(寝つきがわるい)、中途覚醒(夜中に目がさめる)および早朝覚醒(朝早く目がさめる)に分けられる。治療的アプローチにおける薬物の選択には、睡眠の状態を正確かつ詳細に把握することが重要である。

現在筆者が知るかぎり、がん患者の不眠を特異的に評価する方法は存在しない。最近7項目から構成される簡便な不眠の調査票(Insomnia Severity Index: ISI)のがん患者への応用が試され、良好なスクリーニング性能を有することが示された¹⁾。なお、ISIの7項目は、不眠を構成する2要因(不眠の強さとその影響)から構成されている。

不眠の頻度● がん患者には頻繁に不眠がみられることが知られており、その頻度は30～50%前後とする報告が多い²⁾。がん専門病院の精神科への依頼理由をみても、不眠が依頼理由の上位を占めており、専門医への紹介を必要とする臨床的な問題としての不眠も決して少なくないことが示唆される³⁾。

その他に、アメリカでは、がん患者に使用される薬物で最も頻度が高いもの

- 1) Savard, M. H., Savard, J., et al: Empirical validation of the insomnia severity index in cancer patients, *Psychooncology* 14(6) : 429-441, 2005.
- 2) Savard, J., and Morin, C. M.: Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem, *J Clin Oncol* 19(3) : 895-908, 2001.
- 3) Akechi, T., Nakano, T., et al: Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese Cancer Center Hospitals, *Jpn J Clin Oncol* 31(5) : 188-194, 2001.

が睡眠薬であり、向精神薬全体の40%以上を占めていることが報告されている¹⁾。

2. がん患者の不眠の原因

おおまかに分けて身体的要因、精神的要因、薬剤性要因および環境要因がある。

身体的要因 ① 痛みは不眠の原因として最も頻度が高く、痛みの評価の際にも睡眠状況が参考にされる。痛みを有するがん患者の59%、67%に不眠がみられたとの報告がある²⁾。さらに他の身体症状として、低酸素血症、頻尿、多尿などもしばしば不眠の原因となる。

精神的要因 ② 不眠は精神的要因によってももたらされ、抑うつ、不安、せん妄などの精神的負担をはじめ、さまざまな精神的ストレスが睡眠を妨げる。一般的には、不安感が高い状態では入眠障害、抑うつ状態では早朝覚醒や熟眠障害が、せん妄では昼夜逆転による夜間不眠がみられやすい。

薬剤性要因 ③ 見逃されやすい不眠の原因として、薬剤性の要因がある。ステロイドはがん医療で使用頻度が高い薬物であるが、不眠、焦燥、抑うつ状態、躁状態、せん妄などあらゆる精神症状を引き起こす可能性がある³⁾。がん治療中の不眠に関する報告も散見されるが、放射線治療による痛みや抗がん剤による悪心・嘔吐などによる二次的な不眠が多いようである⁴⁾。

環境要因 ④ がん患者にかぎらず、入院という環境の変化は、しばしば不眠の原因となる。患者の声に耳を傾けることが、ささいな不眠の原因解明につながることは少な

1) Stiefel, F. C., Kornblith, A. B., et al: Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period, *Cancer* 65(4) : 1048-1053, 1990.

2) 59%と報告があった文献: Grond, S., Zech, D., et al: Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic, *J Pain Symptom Manage* 9(6) : 372-382, 1994.

67%と報告があった文献: Tsui, S. L., Tong, W. N., et al: Cancer pain management: A recent experience by anaesthesiologists in a teaching hospital in Hong Kong, *Acta Anaesthesiol Sin* 32(3) : 193-201, 1994.

3) Anelli, T. F., Anelli, A., et al: Tamoxifen administration is associated with a high rate of treatment-limiting symptoms in male breast cancer patients, *Cancer* 74(1) : 74-77, 1994.

Stewart, D. J., Maroun, J. A., et al: Neurotoxicity and efficacy of combined vinca alkaloids in breast cancer, *Cancer Treat Rep* 70(5) : 571-573, 1986.

4) Ginsburg, M. L., Quirt, C., et al: Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer, *CMAJ* 152(5) : 701-708, 1995.

Grond, S., Zech, D., et al: Validation of World Health Organization guidelines for pain relief in head and neck cancer. A prospective study, *Ann Otol Rhinol Laryngol* 102(5) : 342-348, 1993.

▶表 7-8 睡眠薬の分類

薬物(商品名)	臨床用量(mg)	半減期(時間)
超短時間作用型		
ゾルピデム(ゾルピデム)	5-10	1.5-5
ゾピクロン(ゾピクロン)	0.125-0.25	2-4
ゾピクロン(ゾピクロン)	7.5-10	4-6
短時間作用型		
プロチゾラム(プロチゾラム)	0.25	7
ロルメタゼパム(ロルメタゼパム)	1-2	10
ロルメタゼパム(ロルメタゼパム)	1-2	10
中間作用型		
フルニトラゼパム(フルニトラゼパム)	1-2	15
エスタゾラム(エスタゾラム)	1-2	18-30
ミダゾラム(ミダゾラム)	5-10	16-18
長時間作用型		
フルラゼパム(フルラゼパム)	10-20	48-100
クアゼパム(クアゼパム)	15-30	10-120

眠障害にすぐれた効果をもつ。翌朝への持ちこし効果が少なく、朝の目ざめがよい。がん患者は高齢者が多いため、薬物の代謝遅延や蓄積がおこりやすいと考えられるので、一般的には翌日への持ちこし効果や転倒などの危険性が相対的に少ないことが示されている超短時間作用型(ゾルピデム、ゾピクロンなど)、あるいは短時間作用型(プロチゾラム、ロルメタゼパムなど)の睡眠薬が推奨される。

一方、中途覚醒、早朝覚醒の目だつ患者では中間作用型(フルニトラゼパム、エスタゾラムなど)を用いることで、翌朝まである程度の血中濃度が維持され、睡眠時間の確保ができる。さらに、長時間作用型(フルラゼパム、クアゼパムなど)は、より長い睡眠時間の維持に有効であり、日中の抗不安作用も期待できる。

がん患者では、経口投与が困難なケースも多い。点滴としては超短時間作用型のミダゾラム、中間作用型のフルニトラゼパムなどを用いることが可能であるが、呼吸抑制には十分な注意が必要である。

■ 睡眠薬の副作用

ベンゾジアゼピン系睡眠薬のおもな副作用としては、表 7-9 のようなものがある。

短時間作用型のものでは、記憶欠損(健忘)や退薬による反跳性の不眠¹⁾が比較的生じやすい。一方、長時間作用型は翌日への持ちこしによる過鎮静、高齢

1) いわゆるリバウンド現象による不眠のことで、急激な薬物の中止により、もともとの不眠よりも高度の不眠が出現すること。

▶表 7-9 ベンゾジアゼピン系睡眠薬の副作用

副作用	特徴
過鎮静 精神運動機能の低下	眠ける注意：集束力の低下、反射運動機能低下、めまい、頭痛
筋弛緩作用	ぶら下がり式の原因となる。 高齢者では転倒に注意が必要
記憶欠損(健忘)	服薬後の記憶が損なわれる(前向き健忘) 高用量、ゾルピデムとの併用で出現しやすい
戒断症状	高用量服薬期間による不眠、不安、汗が汗が汗 短時間作用型の薬物で出現しやすい
臨床用量依存	戒断症状のための服用を中止できず、臨床用量内で減らす か、服薬を中止できなくなる依存状態になる
呼吸抑制	大量服用、高齢者で出現することがある

者における蓄積などがあり注意を要する。いずれの場合も筋弛緩作用による転倒などはとくに注意を要する。

がん患者では、身体状態や年齢とともに薬物の作用時間と副作用を考慮しながら投与することが重要である。一般的には、比較的作用時間が短く、筋弛緩作用が弱い薬物(ゾルピデム、ゾピクロン、リルマザホンなど)が望ましい。

また肝障害のある患者には、ワンステップで代謝されるため¹⁾肝臓に対する負担の少ないロールメタゼパムが推奨される。

その他、薬物相互作用として、トリアゾラムはマクロライド系抗生物質やアゾール系抗真菌薬との併用で血中濃度が上昇することが知られている。また、アルコールもベンゾジアゼピン系薬物の効果を増強する。

いずれにせよ、睡眠薬の一般的な使用法としては、漫然とした継続投与は避け、必要期間にかぎり、必要最低量のみ使用することが推奨されている。

■ 非薬物療法

近年、不眠に対しても非薬物的治療の有効性が明らかにされてきており、一般の人々を対象としてさまざまな非薬物的なアプローチが試みられている。最も一般的なものは、睡眠を障害する生活習慣および環境要因を変化させ、よりよい睡眠衛生をはかることによって睡眠の改善をはかろうとする方法である(睡眠健康教育 sleep hygiene education)。がん患者の不眠を対象とした、これら非薬物的なアプローチに関しても予備的ながらその有用性が示唆されている²⁾。

- 1) 肝ミクロソームに存在するチトクローム P 450 による代謝をうけずに、グルクロン酸抱合のみにて代謝されるため。
- 2) Savard, J., Simard, S., et al: Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part i: Sleep and psychological effects, J Clin Oncol 23(25) : 6083-6096, 2005.

▶表 7-10 不眠に対する非薬物的治療

介入法	目標	介入手順
睡眠健康教育	睡眠を障害する生活習慣および環境要因を变化させる	就床時に何刺激物(タバコ、ビール、咖啡など)を避ける 就床前に興奮のある(仕事、食事)をしない 午後規則的(と軽い)運動をする 暗く、静かで快適な睡眠環境を作る
刺激制限療法	時間(就床時間)と環境(床と寝室)の刺激を不眠開始と関連付ける。規則的な睡眠リズムを確立する	就寝前、最低就床時間ラックアップするための時間を確保する 就寝前になじみのあることを行う 眠れなくなったら床から15-20分たっても寝付けないときは床から出て寝室を離れる。眠くなったときに再び床に就く 就床時間を決定する 床と寝室を睡眠にしか使わない(テレビ、読書、音楽を聞いたり、お風呂に入ったりしない)
睡眠制限	床で過ごす時間を実際の睡眠時間に短縮することにより軽度の睡眠剥夺を行って、より集中的で効果的な睡眠が可能にする	床で過ごす時間を実際の睡眠時間の合計に制限する 睡眠効率が改善したら床で過ごす時間を徐々に延長する
リラクゼーション訓練	睡眠を障害する身心的および認知的な問題を低下させる	前進的筋弛緩法、自律訓練、イメージング、呼吸法、リラクゼーション音楽、催眠術

これら不眠に対する非薬物的治療に関して表 7-10 にまとめた。

おわりに❶ 以上、がん患者に頻度の高い精神症状について概説した。病に悩めるすべての患者に適切な心のケアは必要であり、この主たる役割を担いうる中心的存在は、患者のそばにいる看護スタッフであろう。

筆者は精神科医として、これまで多くのがん患者の診療に携わってきた。そのなかで、くり返して感じてきたことがある。それは、つらい心の状態にある患者は、必ずしも精神科医や心理士を必要としているのではないということである。患者が必要としているのは、職種としてのこころの専門家ではなく、つらい気持ちに懸命に耳を傾け、その苦しみを理解しようと努力してくれる医療従事者なのである。そういった意味で、患者が一番必要としているのは多くの場合、最も近くにいる看護師ではないであろうか。

精神科医の中井は、その著作のなかで次のように述べている。「看護という職業は、医者よりもはるかに古く、はるかにしっかりとした基盤の上になっっている。医者が治せる患者は少ない。しかし、看護ができない患者はいない。息を引き取るまで、看護だけはできるのだ。」¹⁾

1) 中井久夫, 山口直彦: 看護のための精神医学, 第2版, 医学書院, 2004.

理解がどの程度深いかもが所属する教室は集団として機能しているのが保健康室や養護教諭あるいはスクールカウンセラーの機能はどの程度なのか、などが必要になる。そのうえで治療者、家庭、学校が治療の目標、それぞれの役割を明確にし、協力体制を確立することが重要である。背景に同じような学校の問題が存在するときは、まず取組んでいるそのような問題に適切に対処するように留意することも必要になる。学校と病院との情報の共有には本人と両親の同意が必要になるが、そのような基本的なことを踏まえたうえで、三者が対立的ななほなほいよいよ治療を進めたいことが重要である。また、学校や家庭が養護教諭や保健室の役割を担うことも重要である。

自殺の予防

自殺の予防 (suicide prevention) は、自殺の発生を防止し、自殺の危険性を軽減することを目指す。自殺の発生は毎年300万人を超えており、これは自殺未遂者数の最低でも10倍は存在すると推定されている。さらに、自殺未遂者の中には既に1人1生じると強い絆のあった人の最低5人が強制的に精神的打撃を受けると指摘されている。このように自殺は死に似ていたが、問題にはまだあらず非常に多くのメンタルヘルスを脅かす深刻な問題となっている。

A. 自殺の危険因子

自殺の危険因子には、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。自殺の危険因子は、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。自殺の危険因子は、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。

表: 自殺の危険因子

- ① 自殺未遂歴
- ② 精神障害の既往
- ③ アルコール依存症
- ④ 家族内暴力
- ⑤ 性別
- ⑥ 年齢
- ⑦ 家族歴
- ⑧ 精神科治療歴
- ⑨ 社会的要因
- ⑩ 自殺未遂の危険因子

自殺の危険因子には、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。自殺の危険因子は、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。

B. 治療

自殺の危険因子には、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。自殺の危険因子は、個人、家族、社会的要因などがあり、重要な点を解説する。

A. 薬物療法

1. 軽症の場合
予後が限られている (例えば1-2か月) 場合、2) を用いる。

2. 中等症以上

せん妄は、程度から中等度の意識混濁に、幻視、妄想、興奮などのさまざまな精神症状を伴う特殊な高熱性である。特徴は、重症性、急性の発症および日内変動 (夜間の増悪が一般的) の存在である。

治療方針

原因治療が重要である。終末期では原因治療が難しい場合が多いが、オピオイドを含む鎮痛性、脱水、高カルシウム血症などを併発するものは可逆性が高い。対症療法としては精神科薬を用いる。

16 精神

1. 40%程度にいずれかが認められる。

患者にみられる通感障害の多くは、強い心理的ストレス反応性の不安、抑うつ状態である。

治療方針

9つの症状のうち、①あるいは②を必要とする項目以上が同時に2週間以上持続した場合に診断される。①抑うつ気分、②興味の低下、③食欲低下 (亢進)、④体重減少 (増進)、⑤睡眠障害、⑥疲労感、⑦集中困難、⑧無価値感、⑨死念慮。

治療方針

原因治療が重要である。終末期では原因治療が難しい場合が多いが、オピオイドを含む鎮痛性、脱水、高カルシウム血症などを併発するものは可逆性が高い。対症療法としては精神科薬を用いる。

16 精神

がん患者の精神的問題

がん患者に頻度の高い精神医学的問題は、抑うつ、痛み、せん妄である。がん患者に頻度の高い精神医学的問題は、抑うつ、痛み、せん妄である。

TODAY'S
THERAPY 2007

今日の治療指針

私はこう治療している



医学書院



がん医療における コミュニケーション・スキル

悪い知らせをどう伝えるか

編集 内富 庸介
藤森麻衣子

医学書院

がん医療における コミュニケーション・スキル

悪い知らせをどう伝えるか (DVD付)

- 編集** 内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部部長
- 藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部
- 執筆者** 藤森麻衣子 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部
- 久保田 馨 国立がんセンター東病院6A病棟医長
- 内富 庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部部長
- 勝俣 範之 国立がんセンター中央病院腫瘍内科医長
- 森田 達也 聖隷三方原病院緩和支援治療科部長
- 林 章敏 聖路加国際病院緩和ケア科医長
- 秋月 伸哉 国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部室長
- 岡村 優子 癌研有明病院腫瘍精神科
- 大庭 章 静岡県立静岡がんセンター精神腫瘍科
心理療法士
- 吉川 栄省 静岡県立静岡がんセンター精神腫瘍科医長
- 明智 龍男 名古屋市立大学大学院准教授
精神・認知・行動医学分野
- 浅井真理子 筑波大学大学院人間総合科学研究科
- 梅澤 志乃 国立がんセンター中央病院精神看護専門看護師

(執筆順)

医学書院

■付録 DVD について

- 本製品は DVD-VIDEO 形式です。一般の DVD プレーヤー、あるいは DVD-VIDEO 再生に対応したパーソナルコンピュータなどで見る事が可能です。
- 本製品は書籍の付録のため、ユーザーサポートの対象外とさせていただきます。また、本製品を運用した結果、お客様に直接・間接の損害が生じた場合、その原因にかかわらず、(株)医学書院は一切責任を負いません。何卒ご了承下さい。
- 本製品に掲載している動画の著作権は、アストラゼネカ(株)に帰属します。その一部、またはすべてを無断で複製、転載、改変することは禁止します。

以上

がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか [DVD 付]

発行 2007年10月15日 第1版第1刷©

編者 うちとみようすけ ふじもりまいこ
内富庸介・藤森麻衣子

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

印刷・製本 三美印刷

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)
は(株)医学書院が保有します。

ISBN 978-4-260-00522-7 Y2800

JCLS 〈(株)日本著作出版権管理システム委託出版物〉

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に(株)日本著作出版権管理システム
(電話 03-3817-5670, FAX 03-3815-8199)の許諾を得てください。

序

がん患者が自分自身で治療方法等を納得して選択できるよう、医師が患者の意向を汲みとり、苦悩に共感を示すためのコミュニケーション技術研修会を思い立って10年目を迎える。マザーテレサの博愛は無理にしても、がんが治らない局面では患者の声に耳を傾け、温もりで、思いやりで接してほしい。そうした願いからはじまった。

がんが治らない局面では、医学的には目標は延命となる。インフォームド・コンセントやQOLの概念が導入された90年代からは、延命治療の決定に際して医師が患者の意向を考慮せずに治療を行うことは明らかに減っているだろう。ここは原点に立ち戻って患者本来の目標をきちんと把握し、患者が望む医療に一步でも近づけたいところである。しかし不幸なことに、現代の医療者は生存期間の延長や症状の緩和などの医学的目標以外の、患者、家族の目標、意向、価値観、生活信条などを聞き出すコミュニケーション技術を欠いていると言わざるを得ない。患者が納得して治療方法等を選択できるような、双方向性のコミュニケーションをがん医療体制の中に整えていく必要がある。医師から患者への説明方法が適切でないと、がん患者、家族は必要以上の精神的負担を強いられ、時には治療法等の選択を誤らせることにもつながるからである。

2007年4月、がん患者と家族の意見が大きく反映されたがん対策基本法が施行された。法に基づくがん対策推進基本計画には、「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが盛り込まれた。そこで、厚生労働省がん対策推進室の指導の下、前々日本サイコオンコロジー学会(JPOS)代表世話人で国立がんセンター名誉総長の阿部 薫先生をはじめ、医療研修推進財団の北沢博之氏、宇佐美 彰氏、ほか関係者のご尽力により、コミュニケーション技術研修会(2日間の模擬演習8時間を含む)が平成19年度厚生労働省委託事業として全国4カ所で実施されることとなった。事業の実施団体は医療研修推進

財団、JPOSは協力団体となった。研修会で指導を行う、コミュニケーション指導者養成講習会（8日間の実技演習30時間を含む）は、引き続き、JPOSが行う。2007年10月、大阪から始まるがん医療におけるコミュニケーション技術研修会は、がん医療提供体制の充実の一助となるであろう。この場をお借りし関係諸氏に厚くお礼を申し上げたい。

また、従来から編者らは、テキストを補う目的で、特に研修会のような場ではコミュニケーションの技術を実際に目で見てイメージし、自分のものとして取り込めるようなビデオ教材の必要性を感じていた。幸いアストラゼネカ(株)の協力によりDVDビデオが作成され、本書には無償で提供された。アストラゼネカ(株)の中村則之氏、(株)博報堂の玄角稔久氏、ほか関係者のご厚意に感謝する。

本書は、厚生労働省第三次対がん総合戦略事業研究費「QOL向上のための各種支援プログラムの開発研究（平成18年度報告書）」の援助を受けて開発されたコミュニケーションプロトコル（SHARE）を実践に活かすための参考書となればと願って企画した。執筆は長年、がん医療におけるコミュニケーション研究や研修会を共に行ってきた仲間によるものである。多くの患者、家族からいただいた声を反映させ、練り上げてきたつもりである。本書が医師のコミュニケーション技術向上のきっかけとなって、がん患者の意向にそったコミュニケーションの価値ががん医療の現場でさらに認められると、わが国の医療全体にもたらす好ましい影響は計り知れない。今、心あるコミュニケーションの真価が、がん医療で問われていると思う。

2007年8月

内富 庸介
藤森麻衣子