

今日の治療指針

Volume
51

私はこう治療している

総編集

山口 徹 北原光夫 福井次矢

TODAY'S THERAPY 2009

日常診療に直結した最新治療年鑑

- 1065専門医が
1094疾患項目の治療の実際を紹介
- 本文各項目はすべて新執筆者により毎年全面新訂
- “今日の”医学とともに積み重ねた信頼と実績

医学書院

2009

TODAY'S THERAPY



3. 精神疾患

感情的・批判的な態度は好ましくな

を申し出て、自殺に代わる選択肢を
保健の専門家に紹介する。紹介の理由
する時間をとり、紹介後も見捨てない
を保つ。危険性が高い場合には、自
上げ、決して1人にせず、直ちに精神
保健の専門家と連絡を取り入院などの必要な手配を
する。

癌患者の精神医学的問題

psychiatric problems among patients with cancer

大西秀樹 埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科

癌患者に頻度の高い精神医学的病態は適応障害、
うつ病、せん妄であり、病期のいかんを問わず、お
おむね30-40%の患者に認められる。精神疾患は、
①疾患そのものの苦痛、②意思決定障害、③治療方
針の混乱、④家族の苦痛などに関連しているため、
早期の介入が必要である。

I. 適応障害

病態と診断

癌という病気に罹患したことによるストレスによ
り生じる、不安・抑うつ症状が主体。症状により日
常生活が障害されている場合に診断する。

治療方針

患者の訴えに、批判的・指示的にならずに耳を傾
け、理解しようと努めること(支持的精神療法)が
有効である。必要に応じて薬物療法も行う。

A. 薬物療法

1. 不安が主体の場合

R 処方例

コンスタン錠(0.4 mg) 1錠 分1回就寝前 回

2. 抑うつが主体の場合 後述のうつ病に準ずる。

II. うつ病

病態と診断

うつ病は抑うつ気分、意欲の低下に種々の精神・
身体症状を伴う症候群である。

診断は、①抑うつ気分、②興味意欲の低下、③食
欲低下(亢進)、④不眠(過眠)、⑤制止・焦燥感、
⑥易疲労性、気力減退、⑦集中力低下・決断困難、
⑧罪責感・無価値感、⑨希死念慮の9項目のうち、
①または②があり、9項目中少なくとも5項目が2

週間にわたって存在するときに診断する

治療方針

うつ病治療は薬物療法、精神療法、生
要である。癌患者では体力の低下、代謝
いる場合があり、薬物療法では副作用に
とが大切である。

A. 薬物療法

1. 軽症の場合 症状が軽度の場合は、抗
のある抗不安薬を用いる。

R 処方例

ソラナックス錠(0.4 mg) 1錠 分1回

2. 中等症-重症うつ病 抗うつ薬を用い
果の発現までに2週間程度かかることを念
必要がある。

R 処方例 下記のいずれかを用いる。

1) フロピキシル錠(10 mg) 1-4錠 分1回

2) ジェイロフト錠(25 mg) 1-4錠

食後 回

3) テトラミド錠(10 mg) 1-6錠

食後 回

経口摂取できない場合4)を用いる。

4) アナフラニール注(25 mg) 1回 0.5

生理食塩液250 mLに混合 1日

間以上かけて点滴静注 回

III. せん妄

病態と診断

なんらかの原因により脳が正常に機能し
た状態である。臨床症状として意識障害に
視、妄想、興奮などの精神症状を伴う。症
することが多い。

治療方針

せん妄の原因となった原疾患の同定と治
である。原因が複数個の場合もあり、慎重
必要となる。癌医療ではオピオイドなど
の多い。終末期では原因治療が難し
多い。原因検索と同時に、環境調整、薬物
う。環境調整は、個室対応、部屋を適度な
保つなどがある。

R 処方例 下記の薬剤を症状に応じて
る。

1) リスパダール内用液 0.5-3 mL

(保外) 回

2) ジプレキサザイデス錠(5 mg) 1

回 1回 1回 (保外) 回

3) セレネース注(5 mg) 1回 2.5-5 mg

塩液50 mLに混合し点滴静注 (保外)

講義録

腫瘍学

oncology

編集

高橋和久

順天堂大学医学部 呼吸器内科学 教授

編集協力

樋野興夫

順天堂大学医学部 病理・腫瘍学 教授

齊藤光江

順天堂大学医学部 乳腺・内分泌外科学 先任准教授

唐澤久美子

順天堂大学医学部 放射線医学 先任准教授

MEDICAL VIEW

緩和医療

緩和医療の歴史と位置づけ

緩和医療は中世において巡礼者に対して行われたものがその起源とされている。1967年聖クリストファー病院でホスピスが建設され、これが現代ホスピスの広がりにもつづいた。わが国では1982年に聖隷三方原病院にホスピスが設立され、1990年に緩和ケア病棟入院料が算定され、一定の基準を満たした入院施設での緩和医療の広がり始まりとなった。2002年には緩和ケアチーム診療加算（緩和医、精神科医、看護師でのチーム）が認められた。精神科医がチームに入るのはわが国が初めてである。

緩和医療は、当初治癒の見込みのない終末期患者に対する医療から派生したため、治癒を目指した医療が不可能になった際に行われる医療とみなされていたが、現在では医療の初期からすべての患者に対して導入されるものとされている。現在の緩和医療は、医療に携わるすべての人が身に付けなければならない医療知識および技術であるといえる。

緩和医療とは

緩和医療は、終末期医療から発展した医療の一分野であるが、現在の世界保健機構（WHO）による定義は「命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOL（生活の質、生命の質）を改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする。」とされている。

WHO : World Health Organization
(世界保健機関)

QOL : quality of life
(生活の質)

がん患者の抱える苦悩—全人的苦痛とその対応

がん患者の抱える苦悩は、定義にあるように、さまざまな面に及び「全人的苦痛（total pain）【表1】」と表現されている。この苦痛は、「病気を有した人間が苦悩し、家族も苦悩すること」と全人格的にとらえ、チーム医療としてかかわることが望ましい。緩和医療の内容は【表2】にあげた。

緩和ケアの方法と副作用

本稿では主に身体的苦痛緩和のうち主に疼痛緩和について述べる。

◆身体的苦痛緩和

◇疼痛の緩和

1) がん性疼痛

疼痛の定義：実際または可能性のある組織損傷と関連する、あるいはこのような損傷に起因する不快な感覚的および情動的な体験。

疼痛は常に、主観的な体験である。

2) がん性疼痛の病態【表3】

疼痛はその病態から、体性痛、内臓痛、神経因性疼痛に分類できる。

①体性痛

骨転移の痛みが代表的である。疼痛部位は限局し、叩打痛が病変に一致し、体動時に疼痛が増強することが多い。

②内臓痛

交感神経支配を受ける臓器の損傷，および胸部，腹部内臓の浸潤や圧迫などにより生じる。「鈍い痛み」，「深部の圧迫されるような痛み」と表現され，疼痛部位がはっきりとしない。放散痛や圧痛を伴うことがある。

③神経因性疼痛

腫瘍や治療による中枢神経または末梢神経の損傷により生じる。神経の支配領域に一致した痛みである。知覚変化を伴うこともある。モルヒネに反応しがたく，鎮痛補助薬をしばし併用する。

3) 診断

疼痛の診断は病変の進行程度，疼痛の部位，性状，強度，持続時間，日常生活障害度など，詳細な病歴調査および臨床観察から総合的に判断する。

4) 治療方針

がん性疼痛管理の原則はWHOより，【表4】のように推奨されている。治療方針は，【図1】に提示したように，患者の痛みの程度を観察し，段階的治療を行う。

表1 全人的苦痛 (total pain) と構成要素

I	身体的苦痛 身体的な痛み 全身倦怠感
II	社会的苦痛 経済面の問題 家庭内の問題 仕事上の問題
III	精神的苦痛 不安 恐怖 怒り 抑うつ状態
IV	霊的 (実存的) 苦痛 自己の存在に関する問題 病気の有する意味の問題 死への恐怖

表2 緩和医療で行われること

①身体的苦痛の緩和
②精神的苦痛の緩和
③社会的苦痛の緩和
④霊的苦痛の緩和
⑤家族の支援
⑥遺族の支援

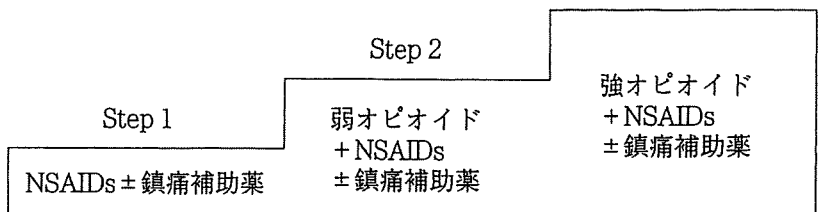
表3 がん性疼痛の病態

体性痛	疼痛部位が限局	骨転移など
内臓痛	疼痛部位が不明確	膵臓癌，肝臓癌など
神経因性疼痛	損傷された神経の支配領域に一致	神経浸潤

表4 がん性疼痛管理の原則

①経口投与 (by the mouth)
②定時投与 (by the clock)
③段階的投与 (by the ladder)
④個別投与 (by the individual)
⑤詳細にわたる注意 (attention detail)
⑥鎮痛補助薬の使用

図1 WHO3段階ラダーによる疼痛治療



ISBN978-4-525-42561-6

C3047 ¥3400E

定価 (本体3,400円+税)



9784525425616



1923047034007



在宅医療の技のこころ

チャレンジ！在宅がん緩和ケア

在宅医療の技のこころ



チャレンジ！ 在宅がん緩和ケア

編著

平原 佐斗司
茅根 義和

梶原診療所在宅サポートセンター
東芝病院緩和ケア科

編著

平原 佐斗司
茅根 義和

南山堂

ISBN 978-4-525-42561-6

せん妄がおこったら

せん妄は、在宅医療において終末期の患者を中心に頻度の高い病態である。本項では、在宅医療においてせん妄が発現した場合、どのようなプロセスで問題を解決していくのが良いか解説する。

A. せん妄とは

せん妄はがん医療の現場で遭遇することの多い病態であるが、その本態は様々な原因により脳の機能が低下した状態、つまり、急性の脳機能不全状態 (acute brain failure) である。せん妄は合併症の増加、長期入院、死亡率の増加等と関連しているため、適切な診断と治療が大切である。

B. 頻 度

せん妄は、がん医療においてあらゆる場面で見られるが、特に進行・終末期において頻度が高い^{1, 2)}。緩和ケア病棟入院患者で 28～44%、死亡直前には 68～88% の患者にみられる³⁾ など、死が近づづくにつれて、その割合は上昇する。

C. せん妄の原因

患者に薬剤を投与した際、ある患者ではせん妄状態となり、他の患者では全く問題ないということをよく経験する。このことは、前者ではせん妄を起しやすいつい状況にあったところに薬剤が投与されたため、せん妄が誘発されたと考ええることができる。このように、せん妄はせん妄を起しやすいつい準備状態があるところに、何らかの因子が加わって発症することが多い。

危険因子

危険因子としては、患者個人が有しているもの (準備因子)、薬剤、環境によるものがある (表 8-1)。

個人の因子 (準備因子) としては、高齢、せん妄の既往、薬物依存・アルコール依存の既往、認知障害、がん以外の重篤な合併症などがある。

表 8-1. 在宅医療におけるせん妄の危険因子

個人の有するもの
高齢、認知障害、がん以外の重篤な合併症
せん妄の既往、薬物・アルコール依存の既往
がん性髄膜炎、脳転移、代謝・呼吸障害
薬剤によるもの
ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド
インターフェロン、H ₂ ブロッカー
抗コリン作用を有する薬剤、多剤投与
環境によるもの
慣れない環境、活動性低下
聴覚・視覚の低下

表 8-2. がん患者におけるせん妄の主な誘発因子

薬剤	モルヒネ、睡眠薬、ステロイド、抗コリン薬
代謝障害	高カルシウム血症、低ナトリウム血症
	脱水、低血糖、高血糖
	肝不全、腎不全
脳障害	脳転移、がん性髄膜炎
呼吸器障害	低酸素脳症、CO ₂ ナルコーシス
感染症	敗血症
発熱	播種性血管内凝固症候群

在宅医療を受けているがん患者におけるせん妄の主な誘発因子を表 8-2 にまとめ⁴⁻⁶⁾。薬物、代謝障害、脳障害、呼吸器障害、感染症、DIC などに関連している。

薬剤はせん妄の原因全体の 20～40% を占め、ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、抗コリン作用を有する薬剤などが原因薬剤としてあげられることが多い。多剤投与もせん妄の原因となる。オピオイドはせん妄の原因として多いが、モルヒネの代謝産物である M6G が鎮静効果を有するためである。特に注意すべきは、抗コリン作用を有する薬剤であり、特に高齢者においてせん妄の原因となることがある。テオフェリン、ジゴ

表 8-3. せん妄の臨床症状

中核症状 - 意識レベルの低下
見当識障害
注意力低下
集中力低下
周辺症状
思考障害
感情変化
睡眠リズムの障害
その他症状
症状の動揺性

キシム、ワルファリンなど一般的に使用される薬剤にも抗コリン作用のあることを覚えておきたい。

在宅医療における環境因子としては、新しい環境、活動性低下、聴覚・視覚の低下などがある。

せん妄患者の調査では、誘発因子は複数個存在し、平均して2～6個である。したがって、せん妄の原因を探索する場合、慎重に経過観察を行い、複数の因子について検討を行う必要がある。

D. せん妄の臨床症状 (表 8-3)

せん妄の臨床症状は多彩であり、これがあれば、診断が確定するといった特有の症状はない。症状は中核症状と、周辺症状に分けられるが、中核症状は、見当識、注意、集中など意識の障害である。これらの症状に加えて、思考障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、感情面での障害などの精神症状を伴う。

初期症状は不安、抑うつ、怒り、精神病症状と類似しているため、性格の変化と間違えられることもある。

意識レベルの低下は失見当、注意・集中の困難が中心で、深い意識障害を呈することは少ない。意識レベルは動揺性の経過をたどることが多いため、見ている人により意見の相違がみられることもある。

明らかな失見当、つじつまの合わない言動などがあればせん妄と診断するのは難しくないが、軽度の場合は鑑別困難な場合がある。せん妄評価スケールを用いて診断することもあるが、ごく軽度の意識障害の場合は、注意の集中(具体的には数字の逆唱で6桁が言えるかどうか等)、一日の様子を見て気分、言

表 8-4. 症状による分類

過活動型
幻覚、妄想、焦燥感、失見当
低活動型
鎮静

動に変動があるか否かをみながら総合的に判断を行う。

精神症状としては、妄想的になる場合、抑うつのようになる場合などがある。これら精神症状のため、抑うつと間違えられるため注意が必要である⁷⁾。なぜなら、せん妄がうつ病と診断され、抑うつ薬の投与が行われると、抗うつ薬には抗コリン作用を有する薬剤が多いので、せん妄が悪化してしまうからである。

臨床類型としては、精神症状の程度から、過活動型、低活動型に分類される(表 8-4)⁸⁾。過活動型せん妄は幻覚、妄想、焦燥感、失見当が著明であり、臨床の現場ではIVHの切斷、バルーンカテーテルの引き抜き、家族・医療者の指示に従わないなど、いわゆる“問題行動”が多いので気づきやすい。これに対して、低活動型せん妄の場合、鎮静が主症状であり、いわゆる「大人しい患者さん」である。幻覚、妄想、焦燥感は顕著ではないため、見逃されることが多い。

せん妄は見落とされる率の高い病態であり、その割合は、約3割から6割といわれている⁹⁾。せん妄といえれば、失見当があり、徘徊、IVHのルーートを切斷するなどといった行動異常を伴うものと考えがちである。しかし、これはせん妄に対する誤ったイメージであり、この認識では低活動型のせん妄を見逃す原因となる。せん妄の基本となるものは、意識レベルの低下である。精神症状の多寡はあくまでも副次的なものであることを認識しておきたい。

せん妄から回復した患者への調査報告では、活動性の有無、症状にかかわらず、苦痛を感じていた患者の多いことが指摘されている¹⁰⁾。

E. 診断

診断はDSM-IV診断基準やDRS (Delirium Rating Scale)¹¹⁾等を用いる。DRSはせん妄の程度を経時的に検討する場合にも有効である。低活動型せん妄は見逃される可能性が高いため常に念頭に入れておく必要がある。

表 8-5. 在宅医療におけるせん妄の原因解明に必要な情報

現在の身体および精神状態の把握 (必須)	バイタルサインのチェック、身体所見、神経学的所見 食事摂取の程度 問診および認知機能検査による意識および精神状態の把握
病状変化の把握 (必須)	せん妄出現までの ADL 全身状態 (Karnofsky performance scale, ECOG performance status) 既往歴 (身体疾患、精神・神経疾患、せん妄、認知症、アルコール依存) 個々の薬剤投与開始時期および精神状態発現の時間関係
検査 (必要に応じて)	血液 (赤血球数、白血球数、Hb, Ht) 生化学 (TP, Alb, T-Bil, D-Bil, BUN, Cr, Na, K, Ca, glu, GOT, GPT) 尿 心電図 動脈血酸素飽和度 動脈血ガス分析

注意：上記は必須でない。全身状態を考慮し必要最低限の検査を行なうべきである。

F 検査

せん妄と臨的に診断した場合の原因を特定するための検査を行う (表 8-5)。薬剤性が疑われる場合、薬剤の投与開始時期とせん妄発現の時間的経過について検討する。

電解質異常では、高カルシウム血症が多いので、血清カルシウム値は常にチェックしておくことが望ましい。

脳転移、がん性髄膜炎などもせん妄の原因となるため、神経学的な検索も行うべきである。

水分・栄養状態にも注意する。我々はせん妄を呈したがん患者でビタミン B₁ 欠乏が原因と思われる症例を経験した⁴⁾。がん患者では食欲低下、食事摂取量の低下が認められる場合が多く、ビタミンの欠乏をきたしやすいので特に注意する。

G 鑑別診断

1. 認知症

認知機能の低下を伴う点ではせん妄と共通しているが、せん妄は急性の脳障害、認知症は慢性の脳障害であり、病態は全く異なる。臨床的には発症経過が緩徐 (数か月から数年の単位) で、非可逆的であることがせん妄とは異なる。

表 8-6. せん妄、うつ、アカシジアの鑑別

	せん妄	認知症	うつ病
意識障害	あり	なし	なし
認知障害	あり	あり	なし
抑うつ気分、興味・意欲の低下	なし	なし	あり
自覚的な落ち着きのなさ	なし	なし	時にあり
その他	入院前は 認知低下なし	入院前から 認知低下あり	身体症状の 訴えが多い

本人の ADL について介護者から聞いておけば鑑別の際有用である。また、認知症では、通常意識レベルの低下は伴わない。

2. うつ病

抑うつ症状はせん妄患者にもみられる。抑うつ併診患者のうち、約 4 割がせん妄との報告もあり、時に鑑別が困難なこともある⁷⁾。せん妄患者をうつと診断し、薬物療法を行うと、せん妄を悪化させることもあるため注意が必要である。

H 治療

1. 一般的事項

せん妄患者は、肺炎、褥瘡発生、死亡率が高くなるなど数々の合併症を引き起こすことが知られている。したがって、せん妄を疑った時点から、早急に原因検索、治療的介入を行うべきである。治療の中心は、せん妄を引き起こしている原因を除去または軽減すること、および合併症の予防である。同時に、環境調整および必要な場合には薬物療法を行う。

原因の除去、合併症の予防および意識レベルを回復させるための治療的介入は同時に行う。大切なことは治療により十分な睡眠を確保することで、これが得られないと治療に難渋する。十分な睡眠が得られたあとは日常生活リズムを再構築する。せん妄患者は全身状態が悪化していることが多いので、バイタルサイン、水分バランスのチェックは頻回に行う必要がある。

2. 原因の治療

せん妄患者の治療で最も大切なことは、せん妄を引き起こしている病態を除去・軽減することとである。原因の検索により特定が可能であり、かつ治療が

可能な場合には、その除去を行う。

薬剤性は原因として頻度が高く、多剤使用がせん妄の原因となることも多いので、使用されている薬剤の処方数はできる限り減らすことが望ましい。抗コリン作用を有する薬剤、ベンゾジアゼピン系薬剤は極力中止する。オピオイドが疑わしい場合、オピオイドローテーションを検討する。ステロイド、インターフェロンが疑わしい場合、減量または中止が好ましいが、治療との兼ね合いがあるので慎重な検討が必要である。

3. 保存的治療

せん妄治療において、環境調整はあまり省みられていない場合が多いが、感覚遮断がせん妄の誘発因子となるため、環境調整は重要である。主な目的は、患者に適切な刺激を与えることで、意識レベルを悪化させないことである。

不必要な刺激を避けるため、失見当予防のため、見やすいカレンダー、時計、慣れ親しんだものを部屋に置く。家族の写真などを置いておくことも有用である。部屋を暗くすると認知が低下するので、40～60Wの明るさに保つことが望ましい。また、適当な音楽は意識レベルを上げることができる。部屋の温度は、22～23度と低めに設定する。訪問スタッフはなるべく一定とし、最小限の人数で対応する。患者に話しかける際は、明瞭で簡潔な言葉を用い、了解しやすいうように努める。

4. 薬物療法

抗精神病薬が第一選択である。代表的な薬物はハロペリドール（以下HP）である。この薬剤は、せん妄の諸症状に対し有効であり、原因治療の効果が発現する前に症状の安定をもたらし、また、HPは抗コリン作用、心血管系への負荷が少なく、活性代謝産物がなないために使いやすい。

投与量は、症状により異なるが、経口摂取が可能な場合、0.75mg～10mg/dayであり、経口摂取が不可能な場合は静脈注射または点滴とする。筋肉注射は疼痛を伴い、悪性症候群を誘発する可能性があるため、できれば避けたい。副作用としては、錐体外路症状（パーキンソン症候群、アカシジア）、急性ジストニア、まれに悪性症候群などがある。HPは循環・呼吸動態に影響を及ぼしにくい薬物であるが、心電図上QT間隔が延長する場合がある。

HPはせん妄症状の軽減に効果的であるが、錐体外路症状の発現率が高く、これら症状が治療の妨げになることも多い。これらに対応するため、近年では非定型抗精神病薬がせん妄治療に使用されるようになってきた¹²⁾。

HP以外の抗精神病薬では、近年、使用されるようになったリスペリドンがHPと同等の有効性を有するといわれている¹³⁾。リスペリドンは、錐体外路症状が少ないため使用しやすい。水溶液が市販されており、服用が容易などの利点がある。実際の使用法としては、0.5mgからはじめ、症状に応じて3mg程度まで増量する。副作用としては、パーキンソン症状、アカシジアに注意する。

オランザピンはMARTAといわれ、錐体外路症状の少ないことが特徴である。口腔内崩壊錠があり使いやすい。副作用としては高血糖があり、特に投与初期には血糖値のモニターが必要である。糖尿病患者には禁忌である。投与は5mgより始め、症状に応じて15mg程度まで増量する。

薬物療法は、その利点と副作用のバランスを考慮して投与を行うようにしたい。（注 せん妄治療に使用される薬剤は、全て保険適応外である。）

せん妄患者の経過と予後

せん妄は適切な治療がなされた場合、数日から、数週間、平均して10～12日で消退するが、1か月以上症状が継続することもある。

終末期患者でせん妄が出現した場合の予後は2週間程度のため、予後的なことを家族に伝えることが必要である。

せん妄症状が上記の治療で抑えられなため患者の苦痛が取りきれず、かつ予後が1週間程度と予想される場合は鎮静を考慮する場合もある。

鎮静はその適応を慎重に考えて行うことが必要である。

家族のケア

患者が急につじつまの合わない会話を始める、ベッドから立ちあがる、IVHのルートを切断する、バルーンカテーテルを引き抜く、医療スタッフ、家族の助言に従わないで興奮してしまうなどの言動に家族が対応できず、「この様な人ではなかったのに」と驚き、落胆することが多くみられる。また、患者がいうことを聞かないと叱責する場合もみられる。このように、せん妄症状は家族の精神的苦痛と関連することが知られている。

家族に対しては、せん妄は本人が意図的に行動しているのではなく、意識の低下した状態であることを説明し、何らかの原因により生じていることを伝える。また、つじつまの合わない内容の言葉に対して無理に答えることや、叱責する必要の無いこと、ゆっくりと簡潔に話しかけることが効果的なことを伝える。

る。終末期せん妄で回復が困難と判断された場合には、その旨を家族に伝え、死への準備をしていただくことも必要である。

文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983.
- 2) Minegawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al. : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer* 76 : 1131-1137, 1996.
- 3) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. : Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 22 : 997-1006, 2001.
- 4) Onishi H, Kawanishi C, Onose M, et al. : Successful treatment of Wernicke encephalopathy in terminally ill cancer patients : report of 3 cases and review of the literature. *Support Care Cancer* 12 : 604-608, 2004.
- 5) Meagher DJ : Delirium : optimising management. *BMI* 322 : 144-149, 2001.
- 6) American Psychiatric Association : Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1999.
- 7) Farrell KR, Ganzini L : Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 155 : 2459-2464, 1995.
- 8) Lipowski ZJ : Delirium (acute confusional states). *JAMA* 258 : 1789-1792, 1987.
- 9) Inouye SK : The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients. *Am J Med* 97 : 278-288, 1994.
- 10) 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*. 43 : 183-94, 2002.
- 11) Trzepacz P, Baker R, Greenhouse J : A symptom rating scale for delirium. *Psychiatru Res* 23 : 89-97, 1988.
- 12) Bottger S & Breitbart W : Atypical antipsychotics in the management of delirium : A review of the empirical literature. *Palliat Support Care*. 3 : 227-237.
- 13) Han CS, Kim YK : A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 45 : 297-301, 2004.

〔大西 秀樹〕

精神療法

がん患者は、不安や抑うつ¹の出現頻度が高く、約50%の患者は、なんらかの精神医学的な診断が可能な状態であり、適応障害と大うつ病が中核を占めていると報告されている【図1】。

個人精神療法と集団精神療法

がん患者のQOL向上を目的とした心理・社会的な介入には、個人的に介入する方法（個人精神療法）と集団として介入する方法（集団精神療法）がある。

個人精神療法は、がん患者の抑うつ¹の軽減に効果があるとする報告がある一方、対象が絞られてしまうというデメリットがある。十分な「場」の設定を行うことが、患者との信頼関係の構築（ラポール）につながることから、他人に邪魔されず、落ち着いてゆっくり話せる環境を設定し、患者の話にじっくりと耳を傾け（傾聴）、自己評価を高めるための面談を通して、今までの人生についての話や病気についての認識、家族への思いなどを聴取（ライフレビュー）しながら、患者が病気をどのように捉えているのか把握することが重要となる。

集団精神療法の場合、参加者同士がお互いを理解しサポートし合うこと（相互支持）ができるというメリットがあり、個人精神療法と比べて効果に差がないことが報告されている。集団精神療法の多くは心理的負担の軽減を目的とし、ストレス対処法や問題解決法についての教育、グループ討論、漸進的筋弛緩法（自律訓練法）によって構成されている。効果として、心理的負担の軽減やコーピングの改善、自尊感情の向上、自己効力感（セルフエフィカシー）の向上などが報告されている。生存期間の延長には寄与しないもののQOLの向上には効果的であると考えられている。早期のがん患者や再発リスクの高い患者などに対しては、きわめて効果的な精神療法である。

死への不安→スピリチュアルペイン

痛みなどの身体的苦痛、不安や抑うつ¹といった精神的苦痛、経済的問題や家族間の問題といった社会的苦痛のみならず、人間存在としての意味や価値に深く関連した不安（スピリチュアルペイン）を訴えることがある。具体的には、「なんで自分がこんな病気になったのか」、「自分の一生はなんだったのか」、「自分の人生にどんな目的があったのか」など、人生の意味や目的・価値の喪失への苦しみ、自己や他者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむ患者も多い。少なくとも約半数の終末期がん患者が、明らかなスピリチュアルペインをもっていることが示唆されている。

チーム対応の重要性

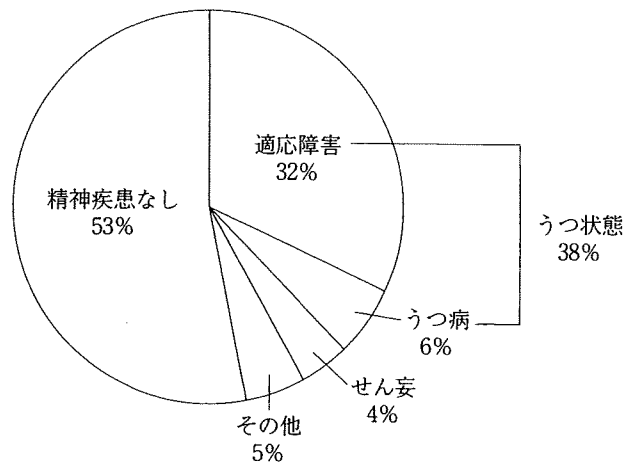
がん患者は、意識的・無意識的に、死への不安・恐怖を抱えている。上述したスピリチュアルペインが基盤となり、精神症状を出現させていると考えられる場合もある。患者に対しては、傾聴・支持的²精神療法で対処していくことが基本となるが、スピリチュアルペインへの対処については、「答えがない」問題であるので、医療者が一人で問題を抱えるとバーンアウトする危険性がある。患者から表出された悩みや不安に関しては、可能な限り各職種（緩和ケア医、精神科医、看護師、薬剤師、ケースワーカー、宗教家、ボランティアなど）よりなるチームで問題を共有しながら、ひとりひとりの症例への対応を検討し、ケアの方向性を考慮していくことが最も重要である。

QOL : quality of life

図1 がん患者における精神疾患の有病率

米国内の3つのがんセンターにおいて、終末期を除く全病期にがん病名告知を受けた215名の患者のうち、DSM-IIIによる。

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (精神障害の診断と統計マニュアル)



(Derogatis LR, et al. : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, 249 (6) : 751-757, JAMA, 1983. より引用)

Level up View

●自分の問題として考えてみる

傾聴・支持的精神療法を行う際には、患者の気持ちに寄り添い、共感する姿勢が重要である。そのためには、患者に関与するすべての医療者が、自分の問題として「死生観（スピリチュアリティ）」について深く考えておく必要がある。

◎文献

- 1) 松島英介, ほか監訳: コンサルテーション・リエゾン精神医学ガイド, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002.
- 2) 内富庸介, 監訳: 緩和医療における精神医学ハンドブック, 皇和書店, 2001.

Self Check

- 約50%のがん患者には、なんらかの精神医学的な診断が可能であるといわれている。
- 精神療法には、個人精神療法と集団精神療法がある。
- がん患者の不安・抑うつ背景には、スピリチュアルペインが存在する場合がある。
- 傾聴・支持的精神療法とチームでの対応が重要である。

〈野口 海, 松島英介〉

5 終末期がん患者に対する輸液治療

POINT

- * 経口摂取の低下は終末期がん患者に高頻度にみられる。
- * 「食べられない」=点滴ではなく、個別の対応が必要である。
- * 詳細は日本緩和医療学会の作成した「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」(以下、ガイドライン; 日本緩和医療学会 <http://www.jspm.ne.jp>)を参照する。

ガイドラインの概要と作成過程

- このガイドラインでは、使用者は「適用の注意」、「定義」、「概念的枠組み」によってガイドラインが想定している状況を理解し、「全般的な推奨」でガイドライン全体の立場を知ることができる。
- このガイドラインはMindsの診療ガイドラインの作成の手順にしたがって、多職種からなる「終末期における輸液治療に関するガイドライン作成委員会」を組織し、系統的文献検索、デルファイ法、英文専門誌でのpeer-reviewを行って作成された。

1) 推奨レベル

- ガイドラインにおける推奨は、根拠の強さとともに臨床的合意から表3-21のように定められた。

表 3-21 推奨レベル

A	有効性を示す十分な根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを強く推奨する。
B	有効性を示すある程度の根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを推奨する。
C	有効性を示す根拠はないが、ある程度の臨床的合意があると考えられる。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを推奨しうる。
D	有効性を示す根拠はなく、臨床的合意も不十分である。行うのは、患者の意向を十分に検討し、かつ、効果がしっかりと評価される場合に限ることを推奨する。
E	無効性・有害性を示す十分な、または、ある程度の根拠があり、十分な臨床的合意があると考えられる。行わないことを推奨する。

(文献1)より引用)

② 適用の注意

適用の注意として必要な点は以下のとおりである。

1) 対象患者を明確にすること

- ガイドラインは、「死亡が1～2ヵ月以内に生じると考えられる、成人の固形がん患者(頭頸部がん, 食道がん, 肝硬変をともなう肝臓がんを除く)で、抗腫瘍治療をうけておらず、適切な治療を行っても経口的に十分な水分・栄養を摂取できないもの」を対象患者としている。
- 「死亡が1～2ヵ月以内に生じると考えられる」ことは、palliative prognostic score, palliative prognostic indexなど(表3-22)を参考にして複数の医師を含む医

表3-22 生命予後の評価にもちいられる基準

① palliative prognostic score			② palliative prognostic index		
臨床的な予後の予測	1～2週	8.5	palliative performance scale	10～20	4.0
	3～4週	6.0		30～50	2.5
	5～6週	4.5		≥60	0
	7～10週	2.5	経口摂取*	著明に減少(数口以下)	2.5
	11～12週	2.0		中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	>12週	0	正常	0	
Karnofsky performance scale	10～20	2.5	浮腫	あり	1.0
	≥30	0		なし	0
食欲不振	あり	1.5	安静時の呼吸困難	あり	3.5
	なし	0		なし	0
呼吸困難	あり	1.0	せん妄	あり(原因が薬物単独, 臓器障害にともなわないものは含めない)	4.0
	なし	0		なし	0
白血球数(/mm ³)	>11,000	1.5		*高カロリー輸液施行中は0とする	
	8,501～11,000	0.5			
	≤8,500	0			
リンパ球%	0～11.9%	2.5	【使用方法】 palliative performance scale, 経口摂取量, 浮腫, 安静時呼吸困難, せん妄の該当得点を合計する。合計得点が6より大きい場合、患者が3週間以内に死亡する確率は感度80%, 特異度85%, 陽性反応適中度71%, 陰性反応適中度90%である。		
	12～19.9%	1.0			
	≥20%	0			

【使用方法】臨床的な予後の予測, Karnofsky performance scale, 食欲不振, 呼吸困難, 白血球数, リンパ球%の該当得点を合計する。合計得点が0～5.5, 5.6～11, 11.1～17.5の場合, 30日生存確率(生存期間の95%信頼区間)が, それぞれ, >70%(67～87日), 30～70%(28～39日), <30%(11～18日)である。

(文献1)より

療チームが判断する。単独医師による予後の評価は実際の予後よりも予後をながく見積もる傾向がある。

- 「食べられない」からといって単に輸液治療を行うのではなく、経口摂取の低下をきたしている病態を探索し、治療可能な要因に対する治療、および、緩和治療を行うことが重要である(表3-23)。

2) 効果の指標を明確にすることと個別性を尊重すること

- QOL (Quality of Life)を効果の指標としている。
- QOLは個別的な概念であり、何が生命の質・死の過程/死の質を決定するかは、患者・家族の価値観によって異なる。
- 多くの患者・家族にとって重要な要素となるのは、身体的苦痛の緩和、精神的おだやかさ、人生の意味や価値を感じられること、家族との関係を強めること、死に対する心構えができること、心残りがいないこと、納得のいく治療を受けられること、希望があることなどである。
- ガイドラインにしたがった画一的なケアを勧めるものではない。個々の患者への適用は、対象となる患者の個別性に十分配慮し、医療チームが責任を持って決定するべきものである。

表 3-23 終末期がん患者の経口摂取低下に対して検討すべき主な緩和治療

	病態	治療
状況要因	（いらい）味、量の不都合	環境整備、栄養士による食事の工夫
	緩和されていない苦痛（疼痛など）	苦痛緩和
医学的要因	口内炎	口腔衛生、抗真菌薬（口腔カンジダ症）、歯科衛生士・歯科医による治療
	感染症	抗生物質
	高カルシウム血症	ビスホスホネート、輸液
	高血糖	血糖補整
	便秘	下剤
	消化管閉塞	外科的治療、ステント治療、ソマトスタチン、ステロイド
	胃、十二指腸潰瘍、胃炎	プロトンポンプ阻害薬、H ₂ ブロッカー
	薬物	薬剤の変更、制吐薬
	がん性悪液質	メドロキシプロゲスロン酢酸、ステロイド
	胃拡張不全症候群	メトクロプラミド
精神的要因	頭蓋内圧亢進	放射線治療、ステロイド、浸透圧系利尿薬
	抑うつ、不安	精神的ケア、向精神薬

概念的枠組みと全般的な推奨

1 概念的枠組み

- ガイドラインにおける意思決定の概念的枠組みとして、「①患者・家族の価値観が尊重されること、②個々の患者の状況に応じたものであること、③利益、不利益の包括的評価に基づくこと、④評価と修正がくり返して継続されること」が推奨されている(図3-11)。
- この概念的枠組みは、National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, European Association for Palliative Care, French National Federation of Comprehensive Cancer Centers, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, End-of-life Physician Education Curriculum - Oncologyなどの諸外国のガイドラインにおいても共通してみられる(表3-24)。
- 医療チームはまず患者の価値観に照らして、水分・栄養補給を含む全般的な治療の目標を明確にする。選択肢について、治療目標に与える影響を包括的に評価する。評価項目は身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響、倫理的・法的妥当性である。
- いったん治療を開始した後も、定期的に期待された効果が得られているかを評価し、必要に応じて治療を修正することがもっとも重要である。

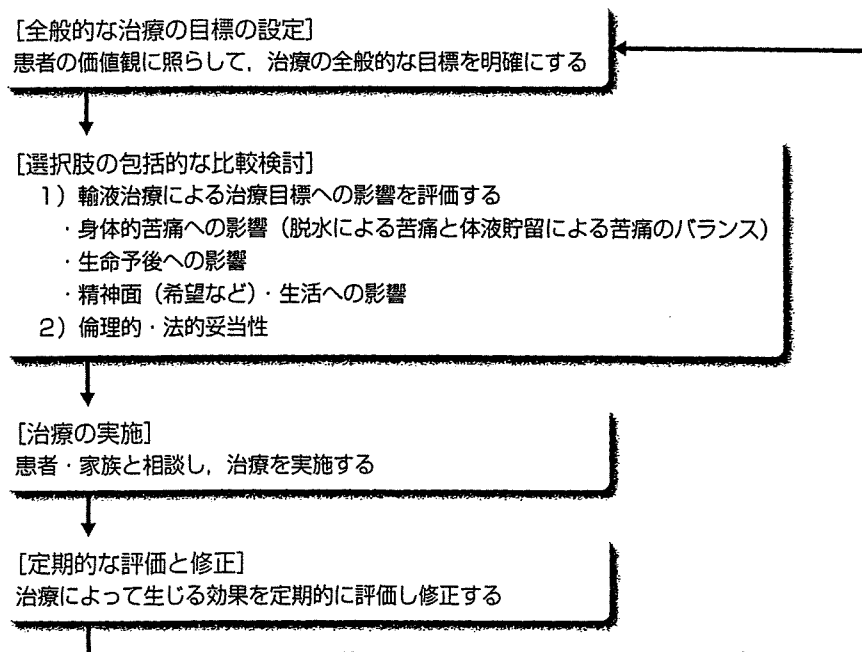


図3-11 終末期がん患者に対する輸液治療の概念的枠組み

表 3-24 既存のガイドラインの要約

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2001)

- 終末期がん患者において、緩和目的の人工栄養補給が適応となることはめったにない【推奨レベルB：fair research-based evidence】。
- 注意深く対象を吟味した場合には、在宅高カロリー輸液は生命予後とQOLを向上させる。適応は、①セルフケアが可能、②予測される生命予後が40～60日以上、③社会的・経済的資源がある、④低侵襲な他の内科的治療が無効。

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1994)

- 「輸液をする」、「輸液をしない」といった一律な方針は倫理的に支持されない。
- 死が近づくと食物や水分に対する要求は減少する。エビデンスは限られているが、死亡がさしめまった患者では、輸液治療は生命予後の延長にも苦痛緩和にも貢献しない。
- 口渇はしばしば薬物によって生じ、輸液治療では緩和されない。マウスケアと薬物の調整がもっとも適切である。
- 脱水が治療可能な要因から生じている場合(利尿薬・鎮静作用のある薬物の過剰投与、嘔吐・下痢、高カルシウム血症)、輸液治療は適切な選択になる。
- 輸液治療が個々の患者におよぼしている影響を、毎日(day-to-day basisで)、利益と不利益を比較して評価しなければならない。
- 家族はしばしば水分や栄養が十分に摂れないことを心配する。医療者は患者の利益を第一に考えるべきであるが、同時に、家族の不安にも対処しなければならない。

European Association of Palliative Care (1996)

- 人工的水分・栄養補給についての望ましい意思決定過程として3つのステップを提案する。すなわち、1)意思決定に必要な8領域の評価を行う(①全身状態、②苦痛、③予測される生命予後、④脱水・体液過剰、栄養状態、⑤栄養摂取量、⑥心理状態、⑦消化管の状態・投与経路、⑧治療に必要な社会的資源)、2)QOL・生命予後・脱水状態の改善など治療目標を明確にした上で、想定される利益と不利益を総合的に判断して治療を決める、そして、3)一定の期間において定期的に治療効果を評価する。

European Association of Palliative Care (2001)：消化管閉塞に対するガイドライン

- 口渇は脱水の状態とは関係ないが、嘔気は輸液治療が提供されている患者により少ない。
- 輸液量が多すぎると消化液を増加させるので、利益と不利益のバランスを図ることが必要である。
- 静脈経路を確保することは終末期がん患者にとって困難・不快な場合があるので、皮下輸液を考慮する。
- 口渇の苦痛緩和には、マウスケアが一般的に有効である。

French National Foundation of Comprehensive Cancer Centres (2003)

- 終末期の脱水はしばしば不快ではない【standard, 根拠レベルC：弱い研究方法に基づくエビデンス】。
- 終末期がん患者に対する人工栄養補給をルーチンで行うことは妥当ではない【standard, expert opinion：エビデンスはないが専門家の意見は一致している】。
- 経静脈栄養は、消化管閉塞のある患者において、栄養状態の悪化と脱水を防ぎ、QOLを改善する場合がある【standard, C】。
- 人工栄養補給・経静脈栄養は、生命予後が3ヵ月以下であると考えられる患者、あるいは、Karnofsky performance statusが50以上・performance statusが3以上の患者に対しては、妥当ではない【recommendation, expert opinion】。
- 静脈経路が得られないならば、輸液治療の経路はもっとも低侵襲な皮下経路などを選択すべきである【recommendation, expert opinion】。
- マウスケアは重要である【recommendation, expert opinion】。
- 脱水症状は生理食塩水500～1,000mL/日の皮下投与でたいていはコントロールできる【recommendation, C】。
- 治療効果は一定の期間において評価されるべきである【recommendation, expert opinion】。
- 評価は、performance status, QOL, 患者(家族)の満足度を含むべきである【standard, expert opinion】。
- 栄養状態の改善や合併症率は人工栄養補給の治療効果を定める主たる指標にはならない【standard, expert opinion】。

End-of-life Physician Education Curriculum -Oncology

- 患者は人工栄養や輸液治療を含むすべての医療行為をも拒否する権利を持っている。
- 人工栄養や輸液治療の中止や差し控えは、疾患がその自然経過を進むことを容認する行動であり、死をもたらすことを意図した行動ではない。
- 医師は自分の働いている場所での施設の方針や関連法規についてよく知っておく必要がある。
- よいケアへの障害は人工栄養や輸液治療の中止や差し控えに関する実際的な方法について知らないことと、法律や倫理問題についての不十分な知識から生じている。
- 患者や家族が活力や体重、体力が改善することを望むのなら、人工栄養や輸液はその希望を達成するための助けにはならない。
- 患者の死が切迫しているのなら、輸液治療で口渇は改善しないことを家族にはっきりと伝える方がよい。口腔ケアや口腔内潤滑剤がより有効である。
- 脱水は死の過程の自然な一部であり、人工栄養や輸液は患者が自覚的に良くなったと感じることの助けにはならない。
- 人工栄養や輸液は、とくに明らかな低アルブミン血症がある時には浮腫、腹水、気道および他の分泌物、呼吸困難を悪化させる。

2 全般的な推奨

- ガイドライン全体の立場を示した全般的な推奨を表3-25に示す。

個別の臨床疑問に対する推奨

- ガイドラインに示されている個別の臨床疑問に対する推奨のうち、総合的QOLについてのガイドライン本文を抜粋して示す。

1 輸液は総合的QOL指標を改善するか？

1) 推奨RO10

- 生命予後が1～2ヵ月と考えられる、がん性腹膜炎による消化管閉塞のために経口的に水分摂取ができないが、全身状態(performance status; PS)が0から2の終末期がん患者に対して、総合的QOL指標の改善を目的として以下を行う。

表3-25 全般的な推奨

患者・家族の価値観、意向、個別性の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液治療は、患者・家族の価値観に基づいた治療の全般的な目標と一致しなければならない。単に検査所見や栄養状態の改善は治療効果を決める主たる指標にはならない。 ・ 輸液治療を行う際には、患者・家族の意向が十分に反映されるべきである。 ・ 輸液治療は、個々の患者の状況に応じたものでなくてはならない。すなわち、「輸液をする」、「輸液をしない」といった一律的な治療は支持されない。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液治療の選択肢を検討するときには、総合的なQOL指標や満足度、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響、および倫理的・法的妥当性などについて包括的に評価しなければならない。 ・ 終末期の脱水は、必ずしも不快ではなく、単に検査所見や尿量・中心静脈圧などの改善は治療効果を決める主たる指標にはならない。 ・ 輸液治療によって生じる効果は定期的に反復して評価し、修正されるべきである。
利益と不利益のバランスの最大化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸液治療は、その利益と不利益のバランスを考慮して行われなければならない。
人工的な水分・栄養補給以外のケア・治療の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経口摂取の低下した終末期がん患者に対しては、輸液治療などの人工的な水分・栄養補給のほか、食欲低下を改善する薬物療法、看護ケア、心理的ケア、意思決定支援、生活支援などの患者・家族へのケアを行うことが必須である。
医学的推奨の要約	<ul style="list-style-type: none"> ・ performance statusの低下した、または、消化管閉塞以外の原因のために経口摂取ができない終末期がん患者において、輸液治療単独でQOLを改善させることは少ない。 ・ performance statusがよく、消化管閉塞のために経口摂取ができない終末期がん患者において、適切な輸液治療はQOLを改善させる場合がある。 ・ 終末期がん患者において、輸液治療は腹水、胸水、浮腫、気道分泌による苦痛を悪化させる可能性がある。 ・ 終末期がん患者において、輸液治療は口渇を改善させないことが多い。口渇に対して看護ケアがもっとも重要である。 ・ 終末期がん患者において、輸液治療はオピオイドによるせん妄や急性の脱水症状を改善させることによってQOLの改善に寄与する場合がある。 ・ 静脈経路が確保できない／不快になる終末期がん患者において、皮下輸液は望ましい輸液経路になる場合がある。

(文献1)より引用)