

主な身体疾患における向精神薬使用上の注意点

個々の身体疾患における向精神薬使用上の注意点^{2,3)}は非常に多い。また、このような個別的な知識が実際にCLPの臨床を行う際には重要になる。このなかで、主にSSRIと非定型抗精神病薬について特に重要と思われる事項を表43にまとめた。

【文献】

- 1) 精神科治療学編集委員会(編). 精神科治療学19増刊号「リエゾンガイドライン」. 東京:星和書店;2004.
- 2) 堀川直史. 身体合併症のある場合の抗精神病薬治療. 日本精神神経学会精神疾患治療ガイドライン委員会(編). 統合失調症治療ガイドライン. 日本精神神経学会(印刷中).
- 3) 堀川直史. 身体合併症. 精神医学講座担当者会議(監). 気分障害治療ガイドライン. 第2版. 東京:医学書院(改訂印刷中).

(堀川直史)

9 緩和ケア

緩和ケアの定義

WHOが2002年に改定した緩和ケアの定義は、「生命を脅かす疾患に直面した患者・家族のQuality of Lifeを改善すること。診断から終末期そして喪の時期に至るまで、痛みなどの症状緩和やスピリチュアル・心理社会的サポートにより達成される」とある。主な変更点は、これまでの対象時期が「治癒に反応しなくなった状態」であったので、いわゆる終末期を強調しなくなったことである。わが国のがん対策基本法(2007)は新しい定義を採用し、図9のように、癌の診断に始まり、初期治療、再発、治療中止、終末期まで切れ目なく緩和ケア(遺族ケアを含む)がすべての患者・家族に提供されることが目標となった。

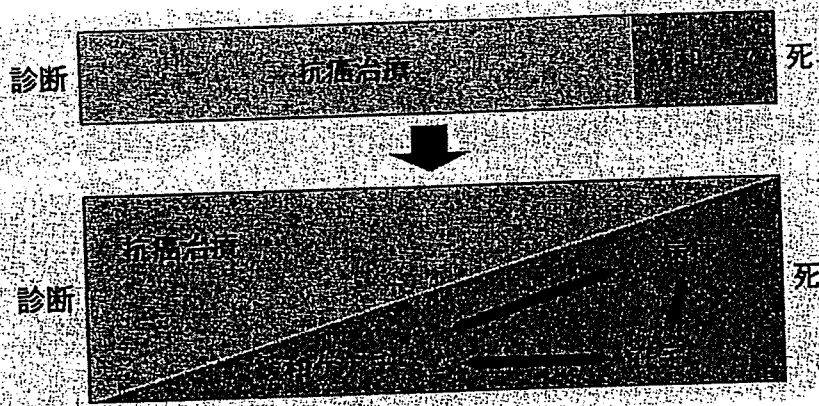


図9 緩和ケアの概念 (WHO)

現在、癌で亡くなる年間32万人の約95%は病院施設で死を迎えているが、緩和ケアの牽引役となる緩和ケアチームと緩和ケア病棟（1992年より診療報酬化）は、2007年7月現在、緩和ケア診療加算のチームが87施設、緩和ケア病棟が181施設、3,498病床に達し、急速に展開している。ホスピス発祥地の英国では、1976年に病院内緩和ケアチームがスタートし、1999年には340チームに達した。2002年、英国のHigginsonらは、緩和ケアチームの有効性に関するメタアナリシスの結果を報告し、痛みなどの身体症状に限った緩和は達成されているようだが、精神面の緩和は十分ではないと述べており、精神科医をはじめとした精神保健の専門家の参画が十分でないようである¹⁾。精神科医を必須とするわが国の緩和ケアチームは独自の試みである。

緩和ケアの臨床において指針となる、英国 National Health Services (NHS)-National Institute for Clinical Excellence (NICE) で作成された癌患者の支持・緩和ケアマニュアルを参照しながら、考慮すべき問題について触れる^{2,3)}。

NICE 支持・緩和ケアマニュアルにおける心のケアの4段階

英国 NHS-NICE マニュアル³⁾ は、各医療領域で EBM を実践すべく作成されており、癌患者の心のケアの指針はマニュアル（74～85頁）に詳述されている。表44のように、心の負担を通常レベルから重度の精神状態/疾患まで4つの段階に分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアを記している。これはあくまでも英国の医療リソースを反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないので、各施設の事情に応じて柔軟に役割分担を確認する。

表 44 癌患者の心理学的評価とサポートの 4 段階—英国癌患者の支持・緩和ケアマニュアル (NHS-NICE, 2004)

第 1 段階	対象	すべての医療者
	介入	心理的ニーズの認識 (必要に応じて精神保健の専門家に紹介)
第 2 段階	対象	基本的なコミュニケーション技術 (適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 3 段階	対象	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 4 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 5 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 6 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 7 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 8 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 9 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 10 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 11 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 12 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 13 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 14 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 15 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 16 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 17 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 18 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 19 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 20 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 21 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 22 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 23 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 24 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 25 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 26 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 27 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 28 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 29 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 30 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 31 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 32 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 33 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 34 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 35 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 36 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 37 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 38 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 39 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 40 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 41 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 42 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 43 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 44 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 45 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 46 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 47 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 48 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 49 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)
第 50 段階	対象	訓練と認定を受けた専門家 (心理職)
	介入	心理的知識を有する医療者 (癌専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)

注：これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないこととお断りしておく。

重要：わが国の精神科医の優先課題は、英国 NICE 支持・緩和ケアマニュアルの第 4 段階の構築 (コンサルテーション) と、すべての医療者を対象にした第 1 段階の教育訓練活動 (リエゾン) となる。

研修の参考例：日本緩和医療学会に教育スライド集がある。

<http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/peace.html>

心のケアの 4 段階は、癌患者を直接担当する第 1・第 2 段階と、心の専門家が担当する第 3・第 4 段階に大別される。

1) 第 1 段階

第 1 段階は、癌医療に携わるすべての医療者を対象に目標を立てている。まず、患者の心理的ニーズを認識することである。たった今聞いた悪い知らせに衝撃を受け、ただそれをひとまず誰かに聞いてもらいたいただけの場合もある。院内や身近に心の専門家がないからといって、一般的に心理的ニーズ評価は控えられてはいないだろうか。疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相

談をできずに抱え込まれてしまっていないだろうか。

ケアとしては基本的なコミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）となる。第1段階に位置づけられているが、技術が必要である。

重要：すべての医療者を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 癌を抱えた患者・家族に対して誠実に温かく接することができる。
- 人として親切に、尊厳、尊敬の念をもって接することができる。
- 支持的対人関係を構築し維持する。

注意：精神保健の専門家への紹介をする場合、実際には、具体的な紹介の言葉が思い浮かばない。各施設で精神科紹介の言葉を一緒に作成し、周知しよう。

例：「心の相談や、精神科の受診といわれるとためられる方が多いのですが、よかったら気がかりなことを話していただけませんか？」

重要：癌になって周囲、社会から阻害されている感覚に陥っていること、そのうえに精神科受診というおかれた立場に共感を示すこと。

警告：一方で、うつ病や適応障害に相当しない患者の相談も多いが、病気ではないからと追い返したりしない。臨床的に診断閾値下のストレスを抱えた患者は、ハイリスク群であるので将来につなぐ対応をする。例：「現在の状態は誰もが陥るストレス状態ですが、将来ひどくなる兆しがあれば早目に顔を見せただけだと助かりますね」

2) 第2段階

第2段階は、広義の精神保健の専門家レベルとなる。ある程度の知識と技術を伴う。したがって、訓練と定期的なスーパービジョンが必要である。癌の診断時、治療時、再発時、抗癌治療終了時など、ストレスが高まる心の軌跡をあらかじめ頭に入れておいて、それに備えてスクリーニングを行い、ケアを提供する。

重要：広義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- スクリーニングができる：①癌の診断時、②治療時、③再発時、④抗癌治療終了時。
- 癌の影響をスクリーニングできる：日常生活、気分、家族関係、仕事など。
- ケアとしては、心配や気持ちの吐露を促す。
- 信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。

これらにはある程度の研修は必須である。医療研修推進財団が主催する癌診療に携わる医師を対象にロールプレイを用いたコミュニケーション技術研修会はこの段階に相当する。

重要：広義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 危機介入，支持的精神療法，問題解決技法を提供する。
- 生活に支障をきたす程度の心の負担（適応障害）やうつ病，不安障害，せん妄などを専門家に依頼する。これも，実際には，具体的な精神科紹介の一言が出ない。各施設で紹介の言葉を作成し，周知しよう。

3) 第3段階

第3段階は，狭義の精神保健の専門家レベルとなる。生活に支障をきたす程度の心の負担のなかでも軽度～中等度の不安，うつ，怒り，スピリチュアルな問題や医療スタッフとの関係を評価し解決する。これは，経験，研修を積んだ心理職や精神看護専門看護師（リエゾン）が相当する。

重要：狭義の心の専門家を対象に以下の目標に向けて計画を立てる。

- 心理職ほかチーム内で，中等度と重度の線引きを申し合わせる。例：投薬の必要性，重症のうつ病。
- 癌の経験の少ない心理職には，癌の専門医，緩和ケア医との緊密な連携を強調する。
- さらに，医学概論，臨床腫瘍学，緩和ケアなどの医学知識と経験のための訓練を行う。

4) 第4段階

第4段階は，精神科医，博士号取得の臨床心理学者が相当する。精神医学的診断のもと，重症のうつ病，せん妄/器質性脳障害，不安障害，人格障害，アルコール障害，自傷行動など精神疾患の治療，認知行動療法を行う。

緩和ケアで頻繁に遭遇する問題

精神症状緩和

癌患者の主要な精神症状は，適応障害（不安・抑うつ），うつ病，せん妄で過半数を占める。これらの精神症状に対する早期発見，早期治療を目指す（下記資料は国立がんセンター精神腫瘍学グループ <http://pod.ncc.go.jp/> から）。

- 医師、看護師向けに精神症状緩和に関する院内研修会を行う。
- 患者・家族向けのリーフレットを作成し、配布する。
- スクリーニング（つらさの寒暖計）を医療者に配布する。
- 進行癌患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムを利用する、など。

上級編：精神科受診を促す看護師に対するコミュニケーションスキルトレーニング、医師に対するコミュニケーションスキルトレーニング（再発、抗癌治療からの移行を伝える）など⁴⁾。

心理的プロセスの評価とその援助

患者・家族の心理的プロセスの評価を行い、現場のスタッフに還元している。つまり、不安、怒り、疎外感、不確実感、絶望感、無力感、意味や自律性の喪失に加え、難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームに還元している。

注意：患者の否認や怒りの置き換えの機制、そして逆転移は意外と理解されにくい。医療スタッフへ繰り返し説明する必要がある。一方、他者への依存で苦しむ患者に歩行器やポータブルトイレは安易に提供されるので、尊厳に注意を払うよう繰り返し説明する。

カンファレンス

定期的な緩和ケアチームカンファレンスやコンサルテーショングループでのカンファレンス、さらに症例に応じて病棟カンファレンス（特に依存、退行、否認の強い症例、自殺）をもつことを通して、患者・家族へのケアの最適化を図る。具体的内容は、問題の評価、目標の設定や優先順位の見直し、チーム内での役割の再確認、症状緩和法の調整などである。

重要：症例に応じ臨機に開催される病棟カンファレンスは歓迎される。

病診連携

特に終末期の場の設定に関しては、患者・家族双方からの相談は多く、より早期からの介入が望まれる。特に再発後や積極的抗癌治療から終末期への移行に際して、意思決定に大きく影響する精神症状の緩和に関する相談は多い。

課題

緩和ケアチームの理想モデルは、現場の医療プライマリーチームに緩和ケアチームのメンバーがコンサルタントとして加わり患者・家族への緩和ケアを最適化することであるが、現在は緩和ケアの責任所在が不明確となったり、アドバイスから現場のスタッフの実行までには時間がかかったりするため、役割を代行していることが多い。このことは、緩和ケアチームメンバーの技術向上にはなるが、現場の緩和ケアは広がらないし、深まらない。

おわりに

今後、わが国では人材の育成が急務であるが、理念のみをかざして単なるチームの存在の正当化に終わることなく、癌患者・家族のためにいかに緩和ケアを向上させることが可能かを目標に、緩和ケアチームの有効性を地道に実証することを目指すべきであると考え。患者・家族からみて one access point の緩和ケアの供給体制が理想であり、緩和ケアチームは病棟-在宅を結ぶうえで必須と考えている。

【文献】

- 1) Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 96-106.
- 2) Chochinov HM, Breitbart W (eds). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. /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.
- 3) Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Health Services (NHS) - National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004.
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=28816>
- 4) 内富庸介, 藤森麻衣子 (編). *がん医療におけるコミュニケーションスキル*. 東京: 医学書院; 2007.

(内富庸介)

緩和ケアチームのための

精神腫瘍学入門

日本サイコオンコロジー学会
教育委員会

監修

小川朝生・内富庸介

編集

⑧ 医業ジャーナル社

監修・編者・執筆者一覧

監修

日本サイコオンコロジー学会教育委員会

編者

おかわ あさお
小川 朝生 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

うちとみ ようすけ
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

執筆者 (執筆順)

うちとみ ようすけ
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

ふじもり まいこ
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 / 日本学術振興会特別研究員

こばやかわ まこと
小早川 誠 広島大学病院緩和ケアチーム副室長・助教

よこおみ のり
横尾実乃里 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

おかわ あさお
小川 朝生 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

おかむら まさこ
岡村 優子 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

おくやま とおる
奥山 徹 名古屋市立大学病院緩和ケア部副部長

うだ がわまさひこ
宇田川雅彦 船橋市立医療センター精神科部長

- 瀬尾 千晶 静岡県立静岡がんセンター看護部 /
精神看護専門看護師
- 梅澤 志乃 国立がんセンター中央病院看護部 /
精神看護専門看護師
- 山内 典子 東京女子医科大学看護学部精神看護学助教
- 馬場華奈己 岡山大学病院看護部 / リエゾン精神看護師
- 福嶋 好重 横浜市立市民病院看護部 /
リエゾン精神看護専門看護師
- 稲田 修士 東京大学医学部附属病院心療内科
- 吉内 一浩 東京大学医学部附属病院心療内科准教授
- 八塚 麻紀 東京大学医学部附属病院心療内科
- 所 昭宏 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター
心療内科医長
- 松田 能宣 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科
- 青野 奈々 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科
- 岸澤 すすむ グリーンヒルズ若草病院副院長 /
厚生連高岡病院精神腫瘍科非常勤医師
- 明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野准教授 /
名古屋市立大学病院緩和ケア部部长
- 清水 研 国立がんセンター中央病院精神腫瘍科
- 段 浩美 愛知県がんセンター中央病院看護部 /
リエゾン精神看護師
- 服部 希恵 名古屋第一赤十字病院看護部 / リエゾン精神看護師
- 金子真理子 東京女子医科大学看護学部准教授

もねはらじゅんこ
曾根原純子

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院看護部 /
精神看護専門看護師

こむろりゅうたろう
小室龍太郎

国立病院機構金沢医療センター精神科・
緩和ケアチーム

のぐち わたる
野口 海

慶應義塾大学大学院政策メディア研究科准教授

まつしま えいすけ
松島 英介

東京医科歯科大学大学院
心療・緩和医療学分野准教授

おかじま よしろう
岡島 美朗

自治医科大学附属病院精神腫瘍部講師

せきもと あすこ
關本 翌子

国立がんセンター東病院緩和ケア病棟看護師長 /
がん性疼痛看護認定看護師

きのした ひろや
木下 寛也

国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長

あさい まりこ
浅井真理子

筑波大学大学院人間総合科学研究科心理学専攻

あきづき のぶや
秋月 伸哉

千葉県がんセンター精神腫瘍科部長

みやさか ともみ
宮坂 友美

国立がんセンター東病院看護部

てらだ きみこ
寺田喜美子

国立がんセンター東病院緩和ケア病棟 /
緩和ケア認定看護師

おおにし ひでき
大西 秀樹

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授

おかむら ひとし
岡村 仁

広島大学大学院保健学研究科
心身機能生活制御科学講座教授

たなか とみ
田中 登美

大阪府立大学看護学部講師 / がん看護専門看護師

はやし まさこ
林 真子

国立がんセンター東病院
患者・家族総合支援センター

目次

I. 総論

心のケアとは—————(内富 庸介) 16

II. 心のケアの基本

1. 通常反応・危機介入—————(内富 庸介) 30

2. コミュニケーション—————44

1) 悪い知らせを伝える……………(藤森麻衣子・内富 庸介) 44

2) SHARE

(望まれるコミュニケーションとは)

……………(藤森麻衣子・内富 庸介) 45

3) 担当医とのコミュニケーションを支える

……………(小早川 誠) 54

4) 家族とのコミュニケーションを支える ……(小早川 誠) 59

5) 怒りへの対応……………(横尾実乃里・小川 朝生) 63

6) 若い患者への対応……………(横尾実乃里・小川 朝生) 67

3. 薬物療法をめぐって—————(岡村 優子) 73

4. 緩和ケアチーム—————(小川 朝生) 84

III. 精神症状への対応

1. 不眠—————100

◇基本編……………(奥山 徹) 100

◇実践のポイント……………(奥山 徹) 108

◇事例……………(宇田川雅彦) 116

A) 適応障害が背景にある不眠①……………116

B) 適応障害が背景にある不眠②117

2. せん妄120

◇基本編(小川 朝生) 120

◇実践のポイント ~ケア~

1) せん妄の予防140

2) 早期にせん妄を発見するために・

せん妄を見落とさないために142

3) 低活動性せん妄を発見するために143

4) せん妄の患者にどのように接するのか144

5) 家族への教育的介入・説明の仕方146

6) せん妄へのアプローチ①

(疼痛緩和が重なる場合、オピオイドの

調整をめぐって).....148

7) せん妄へのアプローチ②

(身体因子の症状緩和、発熱、呼吸困難、

便秘などへの援助).....149

8) 低活動性せん妄のケア150

9) せん妄ケアのゴールは151

1~9 (瀬尾 千晶・梅澤 志乃)

10) 興奮する患者への対応・事故の予防151

11) 終末期せん妄の症状緩和153

12) 終末期せん妄への移行とケア156

10~12 (山内 典子)

◇実践のポイント ~薬物療法~

1) 薬物療法のモニタリングと評価・

有害事象の評価158

2) 薬物療法はどのように進めていくのか・

いつまで続けるのか159

3) オピオイドが関連するせん妄の薬物療法160

1~3 (馬場華奈己)

4) 不眠・せん妄時の頓用薬の使い方161

5) 患者が薬を吐き出した場合162

6) 静脈薬を使った後のモニタリング	163
4~6 (福嶋 好重)	
7) 拒薬への対応	164
8) 服薬支援・服薬指導	166
7, 8 (山内 典子)	

◇事例

A) 化学療法(入院)のせん妄① (感染が原因となったせん妄)	
.....(稲田 修士・吉内 一浩)	169
B) 化学療法(入院)のせん妄② (疼痛に重なったせん妄)	
.....(八塚 麻紀・吉内 一浩)	172
C) 低活動性せん妄	
.....(所 昭宏・松田 能宣・青野 奈々)	177
D) 外来化学療法中のせん妄	
.....(所 昭宏・松田 能宣・青野 奈々)	180
E) 進行・緩和ケア移行期のせん妄 (外来でのマネジメント)	
.....(岸澤 進)	185
F) PCUでのせん妄 (ケアと看取り, 終末期せん妄への移行)	
.....(岸澤 進)	187

3. 認知症—————193

◇基本編	(小川 朝生)	193
◇実践のポイント	(小川 朝生)	205
◇事例	(明智 龍男)	211
A) 入院してわかった認知症(せん妄を合併)		211
B) 外来化学療法を受けている認知症		213
C) 意思決定に際して認知障害が問題となった例		215

4. うつ病・適応障害(抑うつ・不安)—————218

◇基本編	(清水 研)	218
------	--------	-----

◇実践のポイント～ケア～

- 1) アセスメント・うつ病の患者を
どのように見つけ出すか232
- 2) うつ病患者に緩和ケアチームを
どのように紹介するか235
- 3) 患者が緩和ケアチームの介入を
拒否した場合237
1～3 (段 浩美)
- 4) パニック発作を起こした場合238
4 (梅澤 志乃)
- 5) うつ病の患者にどのように接し、
ケアしたらよいか240
- 6) 家族にどう説明し、援助を求めるか241
- 7) がん治療中の観察・評価はどのようにするのか242
- 8) うつ病患者への生活指導243
5～8 (段 浩美)
- 9) 身体症状かうつ病かを判断するためには244
- 10) 朝の体調の悪さに対して245
- 11) 家族が散歩・運動を勧める場合には247
9～11 (服部 希恵)
- 12) なぜ自分はいづ病になったのかと
自分を責める患者への対応248
- 13) 患者が運動にこだわる場合250
12, 13 (金子真理子)

◇実践のポイント～薬物療法～

- 1) 薬物療法のモニタリング・評価・アセスメント252
- 2) 薬効をどのように評価するか253
1, 2 (梅澤 志乃・曾根原純子)
- 3) 薬物療法はいつまで続けるのか254
3 (清水 研)
- 4) 服薬指導①
(抗うつ薬の内服をどのように説明するのか)254

- 5) 服薬指導②
(抗不安薬の内服をどのように説明するのか) ……255
- 6) 服薬指導③
(睡眠導入薬の内服をどのように説明するのか) ……257
- 7) 家族に服薬を説明する ……258
4～7 (梅澤 志乃・曾根原純子)
- 8) 内服できない場合にはどうするのか ……259
8 (清水 研)
- 9) 拒薬への対応 ……260
- 10) 意思決定が迫られている時 ……261
9, 10 (梅澤 志乃・曾根原純子)

◇事例

- A) 再発告知後のうつ病 ……(小室龍太郎) 262
- B) 薬剤性うつ病 ……(小川 朝生) 266
- C) 治療選択を迫られた時期に生じたうつ病
……………(小早川 誠) 270
- D) 終末期のうつ病 ……(小早川 誠) 273

5. 自殺・希死念慮—————(明智 龍男) 278

◇基本編 ……278

◇実践のポイント ……286

◇事例

- A) 希死念慮の気づき・紹介 ……292
- B) 自殺企図への対応・リスク評価 ……294
- C) スタッフの葛藤 ……295

IV. 心理・社会的問題へのアプローチ

1. 終末期—————298

◇基本編……………(野口 海・松島 英介) 298

◇実践のポイント……………(野口 海・松島 英介) 304

◇事例

- A) 実存的苦痛への対応 ……(岡島 美朗) 308

B) 鎮静の適応となった症例…(關本 翌子・木下 寛也) 311

2. 家族ケア—————316

◇基本編……………(浅井真理子・秋月 伸哉) 316

◇実践のポイント ……(木下 寛也) 322

◇事例

A) 介護疲れの家族①

(急変・入院付き添い)

……………(關本 翌子・木下 寛也) 328

B) 介護疲れの家族②

(在宅・外来場面) その1

……………(宮坂 友美・木下 寛也) 332

C) 介護疲れの家族②

(在宅・外来場面) その2

……………(宮坂 友美・木下 寛也) 334

D) 希死念慮を持つ家族……………(關本 翌子・木下 寛也) 336

E) 患者とのコミュニケーションが

うまくいかず負担になっている家族

……………(寺田喜美子・木下 寛也) 340

3. 遺族ケア—————(大西 秀樹) 344

◇基本編……………344

◇実践のポイント ……353

◇事例

A) 荷おろしうつ ……357

B) 病的な悲嘆 ……360

C) 希死念慮を訴える遺族への対応 ……364

4. 医療スタッフのメンタルヘルス ……(岡村 仁) 369

◇事例 ……(梅澤 志乃) 375

A) 看護師のバーンアウトの事例 ……375

B) プライマリーチームの陰性感情を扱った事例 ……379

V. 日常臨床での実践

1. 心のケアの展開例	384
1) テレフォンプォローアップ(宮坂 友美) 384
2) がん看護専門看護師・がん性疼痛看護 認定看護師の役割(田中 登美) 387
3) 在宅医療との連携(林 真子・秋月 伸哉) 393
4) 相談支援センターで行うケア(林 真子・秋月 伸哉) 398
5) 紹介する精神科医がいない時どうするか(秋月 伸哉) 401
6) 通院しなくなった患者への対応(秋月 伸哉) 403
2. リソース(岡村 仁) 406
索引410

緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門

定価 5,880 円 (本体 5,600 円 + 税 5%)

2009年12月15日初版発行

監修 日本サイコオンコロジー学会教育委員会

編者 小川 朝生 内富 庸介

発行者 岩見 昌和

発行所 株式会社 医薬ジャーナル社

〒541-0047 大阪府中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21

TEL 06-6202-7280

〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKiビル

TEL 03-3265-7681

<http://www.iyaku-j.com/>

振替口座 00910-1-33353

乱丁、落丁本はお取りかえいたします。

ISBN978-4-7532-2411-1 C3047 ¥5600E

本書に掲載された著作物の翻訳・複写・転載・データベースへの取り込みおよび送信に関する著作権は、小社が保有します。

・ **JCOPY** <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

小社の全雑誌、書籍の複写は、著作権法上の例外を除き禁じられています。小社の出版物の複写管理は、(社)出版者著作権管理機構 (**JCOPY**) に委託しております。以前に発行された書籍には、「本書の複写に関する許諾権は外部機関に委託しておりません。」あるいは、「(株)日本著作出版権管理システム (**JCLS**) に委託しております。」と記載しておりますが、今後においては、それら旧出版物を含めた全てについて、そのつど事前に(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979) の許諾を得てください。

本書の内容については、最新・正確であることを期しておりますが、薬剤の使用等、実際の医療に当たっては、添付文書でのご確認など、十分にご注意をお願い致します。株式会社 医薬ジャーナル社

続・がん医療における コミュニケーション・スキル

実践に学ぶ悪い知らせの伝え方

編集 藤森麻衣子
内富 庸介

医学書院