

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
木澤義之	がん性疼痛治療におけるコミュニケーション	Mebio	27 (8)	36-39	2010
木澤義之.	あらかじめ、「もしも・・・」のことについて話し合う—advance care planning	緩和ケア	21 (1)	4-5	2011
大久保英樹、木澤義之、田淵経司、原晃	頭頸部癌患者の疼痛緩和の方法	耳鼻臨床	104(2)	156-157	2011
高橋真由美、小川朝生、他	【うつを診る】 各領域におけるうつ病診療とその対策の実際 緩和ケア領域におけるうつ病	総合臨床	59	1224-1230	2010
小川朝生	精神科医への期待 いま進められている事業から	精神神経学雑誌	112	1010-1017	2010
大谷恭平、小川朝生、他	サバイバーにおける認知機能障害	腫瘍内科	5	202-210	2010
小川朝生	在宅ケア各論 第5回	温	5	13-15	2010
小川朝生	【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間のコミュニケーション	がん看護	15	50-52	2010
白井由紀、小川朝生、他	がん治療中の患者の精神症状	エビデンスにもとづいた Oncology Nursing	総集編	163-167	2010
白井由紀、小川朝生	がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル	Oncology Nursing	1	22-25	2010
繁本 梢、岡村 仁	がんサバイバーシップのリハビリテーション	腫瘍内科 5: 151-155	5	151-155	2010
岡村 仁	がん医療に携わる心のケア従事者への教育	精神神経学雑誌 112: 1024-1027	112	1024-1027	2010
三木恵美、岡村 仁、他	末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～	作業療法			印刷中
伊勢雄也、森田達也、前堀直美、嚮基治、塩川満、木澤義之	麻薬小売業者間譲渡許可免許の有用性に関する調査研究	Palliative Care Research	5(2)	213-218	2010
橋爪隆弘、中澤葉宇子	がん対策基本法の前と後 何が変わり、何が変わらないか：がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうか変わったか -研修会から見える課題-	緩和ケア	20	23-27	2010
橋爪隆弘、木澤義之、小川朝生、中澤葉宇子	がん疼痛管理と緩和ケアチーム 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望	日本癌治療学会	45(2)	439	2010
井村千鶴、森田達也、他	緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性	癌と化学療法	37	863-870	2010
高橋美賀子	オピオイド服用患者の便通のモニターとマネジメント	がん患者と対症療法	21(1)	34-41	2010
高橋美賀子.	心の痛み	がん患者と対症療法	21(1)	82-83	2010



201020045A (別冊)

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究

別冊：研究成果刊行物

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 木澤 義之

平成 23 年 (2011) 3 月

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小川朝生	心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	36-52
小川朝生	せん妄への対応	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	61-80
小川朝生	認知症への対応	小川朝生, 内富庸介	精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたい がん医療における心のケア	創造出版	東京	2010	81-90
小川朝生	コンサルテーションの基本	大西秀樹	専門医のための精神科臨床 リュミエール24 サイコオンコロジー	中山書店	東京	2010	13-25
志真泰夫、木澤義之、阿部泰之、黒岩ゆかり、小林奈美、坂本雅樹、佐藤哲観、清水わか子、松原貴子、山本亮	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック 2009年度版	志真泰夫、木澤義之	がん診療にたずさわる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック 2009年度版	日本緩和医療学会	つくば	2010	1-75
佐藤哲観	緩和ケア概論	奥山明彦	日本泌尿器科学会2010年卒後教育テキスト	日本泌尿器科学会	東京	2010	182-188
佐藤哲観	がん性疼痛	奥山明彦	日本泌尿器科学会2010年卒後教育テキスト	日本泌尿器科学会	東京	2010	189-196

高橋美賀子	第2章 がん性疼痛アセスメント「痛みのアセスメントとは」	林章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子 編	がん性疼痛ケア完全ガイド	照林社	東京	2010	38-49
高橋美賀子	第5章 がん性疼痛の緩和に有効なケア「日常的ケアとして実施できるもの」	林章敏, 中村めぐみ, 高橋美賀子 編	がん性疼痛ケア完全ガイド	照林社	東京	2010	246-255
高橋美賀子	Q17 痛みの訴えがはっきりとせず評価が困難な時、どうすれば良いでしょうか?	堀夏樹, 小澤桂子 編集	一般病棟でできる緩和ケア Q&A改訂版	総合医学社	東京	2010	36-37
高橋美賀子	Q98 外来での緩和ケアは、どのようなことができますか?	堀夏樹, 小澤桂子 編集	一般病棟でできる緩和ケア Q&A改訂版	総合医学社	東京	2010	212-213

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y.	Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan.	J Palliat Med.	13(6)	733-7	2010
Shimizu, K., Ogawa, A., et al	Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice	Psychooncology	19	718-725	2010
Asai, M., Ogawa, A., et al	Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan	Palliat Support Care	8	291-295	2010
Ogawa, A., et al	Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital	Jpn J Clin Oncol	40	1139-1146	2010
Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M, Kazuma K.	Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view.	Palliat Support Care	8	49- 57	2010
Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T.	The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals.	J Palliat Med	13(4)	427-37	2010

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
木澤義之	がん性疼痛治療におけるコミュニケーション	Mebio	27 (8)	36-39	2010
木澤義之	あらかじめ、「もしも・・・」のことについて話し合う—advance care planning	緩和ケア	21 (1)	4-5	2011
大久保英樹、木澤義之、田淵経司、原晃	頭頸部癌患者の疼痛緩和の方法	耳鼻臨床	104(2)	156-157	2011
高橋真由美、小川朝生、他	【うつを診る】 各領域におけるうつ病診療とその対策の実際 緩和ケア領域におけるうつ病	総合臨床	59	1224-1230	2010
小川朝生	精神科医への期待 いま進められている事業から	精神神経学雑誌	112	1010-1017	2010
大谷恭平、小川朝生、他	サバイバーにおける認知機能障害	腫瘍内科	5	202-210	2010
小川朝生	在宅ケア各論 第5回	温	5	13-15	2010
小川朝生	【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間でのコミュニケーション	がん看護	15	50-52	2010
白井由紀、小川朝生、他	がん治療中の患者の精神症状	エビデンスにもとづいた Oncology Nursing	総集編	163-167	2010
白井由紀、小川朝生	がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル	Oncology Nursing	1	22-25	2010
繁本 梢、岡村 仁	がんサバイバーシップのリハビリテーション	腫瘍内科 5: 151-155	5	151-155	2010
岡村 仁	がん医療に携わる心のケア従事者への教育	精神神経学雑誌 112: 1024-1027	112	1024-1027	2010
三木恵美、岡村 仁、他	末期がん患者に対する作業療法士の関わり～作業療法士の語りの質的内容分析～	作業療法			印刷中
伊勢雄也、森田達也、前堀直美、響基治、塩川満、木澤義之	麻薬小売業者間譲渡許可免許の有用性に関する調査研究	Palliative Care Research	5(2)	213-218	2010
橋爪隆弘、中澤葉宇子	がん対策基本法の前と後 何が変わり、何が変わらないか：がん対策基本法後に緩和ケアチームはどうかかわったか -研修会から見える課題-	緩和ケア	20	23-27	2010
橋爪隆弘、木澤義之、小川朝生、中澤葉宇子	がん疼痛管理と緩和ケアチーム 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望	日本癌治療学会	45(2)	439	2010
井村千鶴、森田達也、他	緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性	癌と化学療法	37	863-870	2010
高橋美賀子	オピオイド服用患者の便通のモニターとマネジメント	がん患者と対症療法	21(1)	34-41	2010
高橋美賀子	心の痛み	がん患者と対症療法	21(1)	82-83	2010

## 5. 心のケアの考え方 精神心理的苦痛のアセスメント

前章でも触れたように、ほとんどのがん患者ががんに罹患したこととさまざまな情動を体験する。この体験を総称して、精神心理的苦痛や心理社会的苦痛と呼ばれる。

がんに対する適応とは、この精神心理的苦痛を何とか乗り越え、がんに関連した人生の出来事をコントロールしようとする試みにほかならない。

このがんという体験への適応は、単純に一つの出来事ではない。がんの診断から治療、観察期間、再発、積極的治療の中止など一連の出来事への対処の総体である。この体験は、大きくがんや身体に由来する因子（身体症状、精神症状）、社会生活に由来する因子、対人関係に由来する因子、患者の生き方や人生観などの価値観に由来する因子に分けることができる。（表1）

表1 精神心理的苦痛の概要

精神医学的問題
- うつ病の診断とマネジメント
- 不安
- せん妄・認知症
- 自殺企図
心理的な諸問題
- 死にゆく人が望むことは
- 患者と家族のコミュニケーション
- 悲嘆の理解とマネジメント
- 家族の問題
- スタッフの燃えつき
実存の問題
- 倫理的問題
- 生命の危機的状況に直面した際の人格の成長、発達
- がんに伴う苦しみへの対応

このようなさまざまなストレス因子に対処しなければならぬ患者は、ほぼ全員が何らかの情緒的・心理的な負担を感じ、一部の患者は精神医学的問題を経験する。しかし、適切な支援を受けている患者はわずか数パーセントに過ぎない。

患者が適切な支援を受けていない原因の一つに、医療者が精神医学的問題や心理学的問題をどのように評価してよいかわからないために、「患者はつらそう」だけれども「どう対応してよいかわからない」ために支援ができていない問題が指摘されている。

この章を作成した目的は、がん医療に携わる医療従事者だれもが、精神心理的問題に関する基本的な知識をもち、疼痛などの身体症状と同じように扱えるようになることである。

すなわち、がん患者に携わる医師・看護師が、痛みに関する知識をもつと同じように、せん妄やうつ病を知ってほしい。疼痛にたとえれば、担当医や看護師は頻度の高いがん性疼痛に気づき、診断し、症状を緩和するための技術をもちつつある。しかし、症状緩和が難しい場合には、麻酔科の疼痛専門医にコンサルトをしたり、神経ブロックを依頼したりするだろう。

同じように、担当医・担当看護師は、精神心理的苦痛に対応し、そのなかでも重篤な問題であるせん妄やうつ病に気づき、対応し、必要な場合には精神腫瘍医に相談できるようにお願いしたい。

### 精神心理的苦痛のアセスメントするうえで注意したいこと

がん患者の精神心理的苦痛を考えるうえでぜひ注意をお願いしたいのは、精神心理的苦痛のなかには、

- ① 疾病や治療に対する反応である心理社会的苦痛
- ② 身体疾患（がんや治療）の症状として出てくる精神症状、苦痛への適応の努力が破綻したために出てくる精神症状（医学的な対応、薬物治療）を考えなければならぬ状態

があることである。

この2つでは対応すべき方法が異なるので注意をしたい。通常の心理社会的苦痛に対しては、

- ・ 担当医の丁寧な面談や心理的サポート
- ・ 病棟スタッフの共感に満ちた傾聴、情緒的サポート
- ・ 経済的支援（高額医療）や介護保険などの社会保障制度の紹介と利用
- ・ 退院支援サービスの利用
- ・ 患者教室を通じた情報提供、ストレスマネジメント、リラクゼーション

の有効性が報告されているし、看護ケアの工夫が熱心に取り組まれている領域でもある。

また、より深く関わる心理社会的介入には、専門看護師や認定看護師によるケースマネジメントも効果的であるし、心理技術職によるエビデンスの確立した心理療法（認知行動療法）も全身体態が安定している患者であれば考えられるであろう。

一方、身体疾患（がん）や薬剤によって生じる精神症状、あるいは心理的苦痛に対して努力をしたものの、残念ながら適応が破綻したために出てくる精神症状がある。これは注意をしないと一見、普通の「不安」や「落ち込み」と思われがちであるが、身体治療や薬物調整が必要であり、傾聴など一般的な心理社会的支援では改善しない。薬物療法を含めた専門的な対応が必要になる。

今、がん医療で問題になっているのは、この精神症状が見落とされることが多く、患者が適切な治療を受けていない点である。一般的にがん患者のうち、20～40%に何らかの精神医学的な問題があり、このうちの75%の患者が精神医学的な問題を見落とされ、治療を受ける機会を失っていると言われる。

海外のガイドラインではこの問題を指摘し、

- ① 抑うつ、不安、せん妄、認知障害など精神科合併症をもった患者・家族に対応する技能をもった医療者を含む多職種チームで対応することが必要である
- ② いつでも信頼性妥当性の定まった精神医学的評価や心理評価を実施し、記録するべきである
- ③ 評価には患者のほかに家族も行う

と記載されている<sup>1)</sup>。

### Point

精神心理的苦痛には

- ① 通常の心理社会的苦痛
  - ② 薬物療法を含めて専門的対応が必要な精神症状の2つがある
- 患者を悩ます問題を「ストレス」とみるだけではなく、その問題が何か、患者を悩ませている問題を確実に同定し、対応することが求められている

「心のケア」ががん医療において重要であることは論をまたない。ただ、患者のためになる「心のケア」を考えるならば、患者に寄り添う・情緒的サポートだけではなく、必要な場合に適切な治療につなげる質にも注意を向けていきたい。

**Don't** 患者の苦痛をすべてストレスへの反応ととらえない

**Do** 苦痛の原因をしっかりとアセスメントする

## スクリーニングとアセスメント

心理社会的苦痛をより広く取り上げるために、スクリーニング（たとえばつらさと支障の寒暖計（p.95参照）、生活のしやすさの質問票）などが行われる。このようなスクリーニングは全体的な苦痛を抱えていないことを判断するには最適である。

しかし、抱えている問題が何かを正確に判定することは困難であり、包括的なアセスメントを行う必要がある。

## 包括的アセスメントを進める

精神心理的苦痛の中身は多種多様である。そのなかで問題を見つけてうえで重要なポイントをいくつか示す。

### 1. 症状に気づくための戦略

あたりまえのことではあるが、患者との会話で必要な言葉は専門用語とは異なる。

患者の前では、疼痛を問う場合に、「ずきんとしないか」とか「ビリビリしたりしないか」とたずねるのである。「これは精神症状をたずねる場合でも同じであり、「あなたは“うつ”であると感じますか?」とたずねるのではなく、**眠れなくてお困りではありませんか? 気分がすっきりしませんか? 最近何をやっても楽しくなくて、どうかしてしまいましたのではないかと思われたりしませんか?**とたずねていく。



## 2. 誰がアセスメントをするのか？

このような心理社会的苦痛を患者と話し合うのに、単純で最良の方法というものは残念ながら残念がわかっていない。しかし、臨床上の経験から、信頼するに足り、専門技術と熱意をもった専門家からの問いかけには応じてくれる。患者に最も身近な存在であるプライマリ・チーム（担当医、病棟・外来看護師）は心理社会的苦痛を話し合うのに最適である。

声のかけ方は重要である。とくに患者は、心理社会的苦痛を自ら話すことは少なく、海外の文献になるが患者の3人に1人は医療者側から声をかけてくれることを期待している。

## Point アセスメントをする際に気をつけたいこと

- ① 患者が言語的にも非言語的にも気負いなく表現できるように配慮をする
- ② 基本的には非指示的に接し、患者の苦痛をそのまま受容する
- ③ 患者と協力して問題点をくり返し整理する
- ④ 医療者の価値観を押しつけない
- ⑤ 根拠のない心理的な解釈はしない
- ⑥ 患者の望まない心理的な介入はしない（何でも臆けばよいものではない）
- ⑦ 症状に隠れて見逃しがちな患者・家族の疲労にも配慮をする

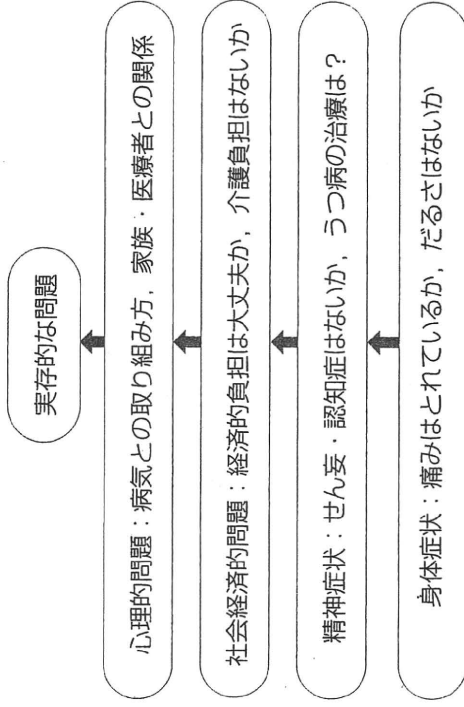
## Do 医療者の側から積極的になさねてみよう

- 実践**
- 医療者① あなたが心配されていることは、病気や治療のことを考えればもっともだと思います。私たちは、あなたが現在心配されている問題（気持ちの問題、家族・家庭の悩み事）に対して何かできることはないかと思っています
- 医療者② あなたが悩まれているように、病気というものは身体だけではなく、気持ちや仕事のこと、家族のこと、経済的なことなどいろいろな面から

負担を生じることがあります。治療をしっかりと進めていくためには、身体だけではなくいろいろな方面にも気配りをしつつ進めることが大事なので、もしもお悩みのことがあれば教えてくださいませんか

## アセスメントの順序

精神心理的苦痛のアセスメントをする時に、方法はいろいろと考えられるが、解決できる問題を見落とさないことをまず第一に考えて、次のような順番で評価していくことを勧めている（図1、2）。



見落とすはしないか常に確認を！

図1

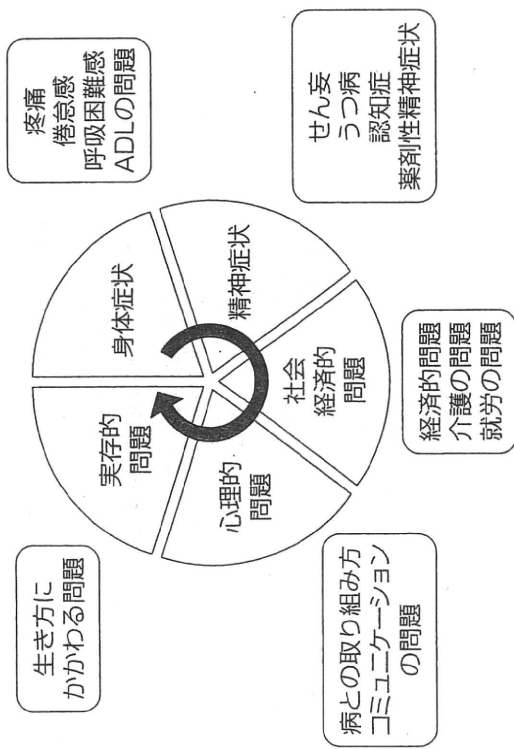


図 2

まず最初に考えなければならないのは、その苦痛が身体症状からきているのではないかという点である。身体症状からくる苦痛（疼痛、倦怠感、呼吸困難感など）が緩和できているかどうかを考えて、それが否定できるか、あるいはほとんど症状緩和がなされていると判断できる場合に、はじめて2番目の可能性の精神症状を考える。

そして精神症状の緩和（せん妄に対する対応、うつ病に対する対応など）がなされている、あるいは否定できると判断して、はじめて社会環境・経済的問題、心因的な問題を検討する。この順番は決して逆に考えてはならない。

**Do 精神心理的苦痛のアセスメントは、① 身体症状 → ② 精神症状の順序で評価しよう**

「心のケア」というと、「実存的な問題（がんを抱えながらどのように生きていくべきか）」や「スピリチュアルなケア」が全てであるかのような誤解がしばしば持たれることがある。また、「心のケア」というと、「傾聴」や「カウンスリング」など「心理的問題」を考えるのががんを診る専門家であるかのような誤解も

あるが、そのようなものではない。

「がんの心のケア」はたしかに「不幸にもがんに罹患した患者さんの精神心理的苦痛の緩和に努めることを目標とした」ケアであるが、そのことは「がん患者の苦痛を何よりもまず心理的・実存的な要因から検討する」と同義ではない。

「心のケア」もまず「医学的な」アプローチを抛りどころとし、可能な限り身体・精神の苦痛を取り除くことを目的とするからには、症状を緩和する確実な手段のある身体症状 → 身体に起因した精神症状 → 環境因子の順序に従う。身体症状緩和、身体に起因した精神症状緩和（少なくともどちらも薬物療法など確実な症状緩和の手段をもつ）を確実に果たしてから、心理的な問題、実存的な問題を考える根拠が与えられる。とくに、疼痛を見落とすとか、せん妄を見落とすとか、あつてはならない見落としを防ぐ意味でも、この原則は守るほうがよい。

アセスメントに迷ったら、まず身体症状の可能性に立ち戻って、次に精神症状の可能性を検討してやり直す。ともすれば、「心のケア」に熱心な医療従事者のなかには、人の心の奥深くに手を入れたがる悪い癖が出がちである。心理的な問題をできるだけ大きく考えとか、深層心理とか無意識、防衛機制などの可能性に必要以上にこだわると考えるなどしがちである。患者の苦痛を少しでもやわらげたいと考えるならば、少なくとも初心のうちは避けたほうがよい。

ほかにも経済的な支援制度や介護保険も制度化されている。少なくとも ADL の低下した患者や在宅を希望する患者、家族への負担を懸念する患者に対して、介護保険の適応を考えないことは許されないことである。

**total pain のなかの精神的苦痛との関連**

緩和ケアとは、がんを抱えながら生きる人を全人的に支援する取り組みであり、その全人的な要素を4つの側面、すなわち身体的、精神的、社会的、スピリチュアルでとらえることはよく言われる。この全人的苦痛、あらゆる面から患者を支えることの重要性は論をまたない。しかし、臨床において total pain に取り組もうとする際に、この包括的なアセスメントをどのように実践すればよいのか、

評価のしかたや進め方に難しい面がある

そのなかでも精神的苦痛といわれるものは、いろいろな領域の問題が混在している。total pain の概念が提唱された 60 年代と現在では、精神医学の発展もあるし、精神腫瘍学の検討も進んでいる。とくに指摘したいのは、

- ① 従来は不穏とか混乱として、医学的な対応が困難であった症状からせん妄という意識障害が認識され、医学的な対応が考えられるようになった点
- ② がん患者の落ち込みについても、うつ病として薬物療法が有効であることが確認された点
- ③ 抗がん治療の進歩とともに薬剤の使用方法も高度になった結果、薬剤性の精神症状も無視できなくなった点（たとえば、インターフェロンによるうつ状態・自殺企図、制吐剤や抗精神病薬によるアカシジア、過鎮静など）

である

このような問題点をふまえて臨床に取り組みうろううえで注意をしたいのは、精神的苦痛のなかには、

- ① 心理的問題：病との取り組み方、コミュニケーションの問題など情緒的サポート、心理的支援の対象となる問題
- ② 精神症状：せん妄やうつ病など身体疾患が基となっている症状で、薬物療法など治療による対応（精神医学的介入）が必要となる問題

の 2 つを明確に意識して対応することである

この 2 つは同じように心理的苦痛としてとらえられがちであるが、精神症状に関しては薬物療法という手段により症状緩和が図れる可能性があり、前者とはいったん別物として整理をしたほうがわかりやすいだろう

## 精神症状の評価

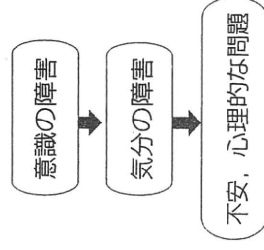


図 3 精神症状の考え方  
(文献<sup>2)</sup>より改変)

## 精神症状のアセスメント 1 〈意識障害の評価〉

精神症状の評価は、まず意識障害の有無の判断から考える。これは、意識があらゆる精神活動の基盤になっているからである。意識障害があると、意識がくもり、注意が続がなくなる（傾眠）だけではなく、精神活動の内容も乱れ、幻視や妄想、抑うつや不安などあらゆる症状が出現する。

精神症状の評価というと、患者の様子を見てそわそわしているから不安だと評価するようにとらえる誤解がある。たとえ表面的に「不安」に見えていても、意識障害（せん妄）の症状である場合があるので、安易に考えないようにしたい。

## せん妄に気づくための注意

せん妄は意識水準の変化と注意力障害が出現し、短時間で大きく変動する。典型的なせん妄は、日中は比較的意識レベルが安定しているが、夕方あたりから会話のつじつまが合わなくなり、行動にまとまりがなくなり、徘徊や失禁、興奮、転倒・転落などを起こすことを、日々くり返す。症状には、次のようなものがある。

- ・ 注意力障害：会話のつじつまが合わない、話題がそれていく
- ・ 睡眠覚醒リズムの障害：昼夜逆転（昼間寝ていて、夜になると活動

が活発になる傾向が出る)

・幻視

せん妄患者がしばしば点滴やカテーテルを抜いてしまうのは、自分の状況が理解できないうちに不快なものを取り除くためと考えられる。

またせん妄患者のなかには、活動がなく一見静かに過ごしているように見えるが、起こしてたずねると会話が全くまよりのないことも多い。このせん妄を低活動性せん妄といい、高頻度で見落とされている。

とくに注意をしてほしいのは、軽いせん妄の場合、不安だけが前面に出ることがしばしばあることである。高齢者で夕方ごろより、何となくそわそわとして困った様子でいることがある。その落ち着かない様子だけを見て、「不安」と判断してはならない。会話をまよまりがなければ、せん妄の一症状として対応する。一般臨床において、そわそわしているから不安だとして抗不安薬を内服させ、せん妄を増悪させる事例が多いのでぜひ注意をしたい。

## 精神症状のアセスメント2 〈気分障害の評価〉

意識障害の次に考えるのが、気分障害（うつ病）の評価である。思考の障害や不安に関する問題よりもこれを先に評価するのは、気分の変動が思考や感情（不安のように、短時間で変動するもの）に影響するからである。

### Point

プライマリ・チームが何らかの心理社会的苦痛、とくに「落ち込んだ様子」に気づいたときは次の2点を判断する

- ① まず、単に気分が落ち込んでいるだけなのか
- ② ほかのいくつかの症状を伴っていて、うつ病性障害として考えたほうがよいのか

うつ状態はがん患者の約30%に認められるが、高い割合で見落とされている。見落とされる理由として、「がんになったのだから落ち込むのはあたりまえ」と心理的に解釈してしまい、うつ状態・うつ病のアセスメントを受けられない点にある。

がん患者であっても大半の患者はうつ病にならずに過ごしており、安易に決めつけがちなことには注意を払いたい。

**Don't** がんになったから、みな落ち込んで当然、歩けないから死にたいと思うのも当然、と安易に決めつけない  
安易な心理的解釈はうつ病を見落とす典型的な過ちである

## 言葉の注意「うつ」

言葉を知らないと、うつ病を適切に見分けることができない  
「うつ」という言葉は漠然としているので、その意味に注意する

「うつ」→ ① 正常な範囲の気分の落ち込み

- ② 症状としてのうつ：うつ症状：落ち込んだ気分を指す
- ③ いくつかの身体症状・精神症状と合わさって出ており、  
症候として考える：うつ状態

## プライマリ・チームがうつ病に気づくための戦略

気持ちや感情の問題を、医療者の側から積極的にたずねることが重要である。

### 実践

気分が落ち込んだり、元気が出ない、憂うつだと感じますか？  
楽しめていたことが楽しめないことはありませんか？

### Point

がん患者のうつ状態は見逃されやすい

見逃す理由として次の問題が指摘されている

- ① がんという疾患が深刻なため、医療者が患者がうつ状態にあっても当然だと誤解をしている
- ② うつ状態に伴う身体症状が非特異的であり、がん自体の症状、治療による有害事象と区別がしにくい
- ③ うつ状態を見つけてもどうしてよいかわからないため、積極的に見つけようとしていない

患者も、身体の治療中であることから、精神症状（抑うつ気分や意欲の低下）に気がつかないことも多いし、気持ちの問題を医療者に話してもしかたがないと思っしていることも多い。丁寧な気持ちの問題についてもふれることが大事である。

もしも気分の落ち込みが疑われるようであれば、うつ状態に關連するほかの症状も評価する。とくに、食欲（ご飯がおいしく食べられるか）、不眠（夜半に目が覚めてしまいうか、熟眠感があるかどうか）について丁寧に丁寧にたずねる。治療中であれば、身体症状はとくに聴きやすいであろう。

### Point

患者にたずねて、次の場合があるときにはうつ病を疑い、早めに精神科医にコンサルトをする

- ① 気分の落ち込みがある程度の期間続く場合（たとえば2週間以上）
- ② 「死にたい」「消えてなくなりたい」「殺してほしい」など自殺を強く考えているような緊急の対応が必要な場合
- ③ 食欲不振や不眠、倦怠感が著しく、患者の日常生活の支障が強い場合

## 精神症状のアセスメント3 〈不安〉

「不安」という言葉も、あたりまえのように使われる反面、さまざまな意味が混じるため、混乱を生じている。

「うつ」にもいろいろなるレベルがあるように、不安についてもレベルがある。

- 不安 →
- ① 病的な要素のない不安（正常な不安）
  - ② 病的な不安
  - ③ ほかの症状を伴った症候としての不安：不安症状

また、不安は身体症状でもある。臨床でしばしば経験するのは、患者が「不安ではない」と否定しても、身体症状として自律神経反応を呈している場合である。

### Point

不安に伴う身体症状

下記の症状は交感神経系の緊張による自律神経症状であり、このような身体症状があれば症候としての不安症状を疑う

- ・不眠（とくに入眠困難、中途覚醒）
- ・筋緊張、いらいら、落ち着かない
- ・発汗・手足の異常な冷え
- ・動悸、心悸亢進
- ・身震い・手の震え
- ・悪心・嘔吐
- ・胸部圧迫感
- ・呼吸困難感（とくに息が吸えない、空気が薄くなったように感じるなどの訴えが多い）
- ・窒息感

代表的な症状にパニック発作がある。パニック発作は上記の自律神経反応に加えて、

- ・コントロールの効かない恐怖
  - ・このまま死ぬのではないかと感じるほどの恐怖
- が急激に出現する症状である。

パニック発作はうつ病や不安障害などの患者にも認められる。

病的な不安や不安症状を評価するためには、まず自律神経反応に伴う身体症状を評価することから始めるとよい。

- 評価する症状
- ① 不眠、疲労感、頭痛
  - ② 緊張してこわばっている
  - ③ 集中できない
  - ④ いらいらしている、ちよっとしたことでも反応する易刺激性
  - ⑤ 怒りっぽい
  - ⑥ じっと座っていられない

## 実践

あれこれと心配事が頭のなかをめぐっていて、どうにもならないような感じがありますか？  
心配事を頭のなかから追い払うことができますか？

## 実践

パニック発作に関しては  
急にドキドキしたり、胸が押さえつけられるようになり息苦しくなったりしたことはありませんか？  
急に息苦しくなって、このまま死んでしまうのではないかと怖くなったことはありませんか？  
そのような発作が起きたとき、どんな気持ちになりましたか？  
また同じような発作が起きたらどうしよう、と心配になりませんか？

もしも不安症状がありそうな場合には、もう一度うつ病がないかを疑う。というのも、うつ病には抑うつ気分に加えて、不安症状が重なることが非常に多いからである。

## 社会経済的問題

心理的問題や対人関係の問題と切り離せないものに、治療にかかる費用の問題や患者をとりまく家族や仕事の問題がある。患者が家族に気遣い、遠慮をしてしまうということを問題にしているも、介護保険を導入して家族の負担を軽減することで解決可能な問題もある。介護保険など利用できる社会資源を導入して解決できる問題であれば、まずこれを優先する。

**Do** 心理的問題を扱う前に、次の2点を確認しよう

- ① 経済的負担を減らす手段はとっているのか
- ② 家族の介護負担を減らす手段は使われているのか

## 心理的問題

身体症状と精神症状、社会経済的問題など、ある程度解決の道筋の立ちやすい問題を解決したうえで考えなければならぬものに、心理的な問題がある。

心理的な問題とは、疾患や治療と患者をとりまく人間関係などの問題である。

そのなかには、

- ・ がんという病とどのように取り組むのか
- ・ 家族とのコミュニケーションの問題
- ・ 担当医や病棟とのコミュニケーションの問題
- ・ 仕事や学校との両立をどのようにするのか

などがあげられる。

とくに注意をしたいのは、医療者と患者とのコミュニケーションがうまくいっているかどうか、確認をすることである。

たとえば、積極的な治療を拒否した患者がいたとする。その場合に、「経済的な負担が大いから」とか「家族に迷惑がかかるから」などの理由を述べるかもしれない。しかし、経済的な問題や家族との関係の問題にすると、まず担当医から患者に対して病状や治療方法が正確に伝わっていないかを確認したい。ともしれば、情報が正確に伝わっていないために、そのような反応を示している場合もあるからである。

**Do** 心理的問題を考える前に、次の2点を確認しよう

- ① 適切な理解を患者はしているのか
- ② 適切なコミュニケーションがとられているのか

この心理的問題は非常に個性が高い。また、身体症状や精神症状が落ち着けば、患者自ら独力で解決を望むことも多い。

まずは、支持的に接し、要望があれば情報提供を含めて積極的に支援するのがよいらう。

## 実存的問題

身体・精神症状、社会的問題、対人関係など、個別に対症を積み重ねてもなお残る問題のなかには、

- ・実存的な問題
- ・危機的な問題を抱えるなかでの人間の成長

などが考えられ、これは実存的な問題やいわゆるスピリチュアルな問題としてセッションに取り上げられることがある。

しかしこの問題は非常に難しく、また患者の心の奥深くの問題でもある。

医療者が注意をしたいのは、疼痛やせん妄など、確実に解決が可能な苦痛を見落として、あたかも「実存的な問題」と誤解することである。実存的な問題を考えるにしても、その前に解決できる問題を見落としていないか、もう一度振り返ってほしい。

また、医療者にはどうしてもおせっかいになりがちな悪い癖がある。医療者ののぞき見趣味で心の奥ひだに手を入れるのは、患者にとって侵襲以外の何ものでもない。患者が望まないことはない、この原則は心に刻んでおきたい。

文献

- 1) National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, 2009.  
<http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
- 2) 古川壽亮, 神庭重信編: 精神科診察診断学, 医学書院, 東京, 2003.

[小川朝生]

## 6. 精神症状の基本

### 精神症状とは

精神症状とは文字どおり、精神機能の変調に基づいて発現してくるさまざまな症状のことを指している。精神機能に含まれる代表的なものが、気分・感情、知覚、記憶、知能、意欲、思考であり、これら精神機能全般を支える基礎となっているものが意識である(図1)。

#### 1. 意識とは何か?

意識が清明であるということとは、自己と外界の状況を正しく認識できている状態を言う<sup>1)</sup>。しかし、意識というものを直接的に体験することがないため、意識について明示的に表現することは難しい。したがって、自己のおかれた状態や外界の状態を認識する機能、つまり認知機能を観察あるいは評価することによって意識状態を知ることができるのである。

意識が混濁した状態では、精神活動が不明瞭になり、その結果、精神機能の変調としてさまざまな症状がみられる。がん患者に頻度の高い精神症状の一つとしてせん妄があげられるが、せん妄の本態は意識障害であるため、せん妄の患者には意識が障害された結果の症状として、見当識の障害や注意集中力の低下などがみられ、併せて知覚機能が障害された結果として錯覚や幻視などが発現するのである。

#### 2. 精神症状

精神機能に含まれる気分・感情、知覚、記憶、知能、意欲、思考が変調をきたすことによってさまざまな精神症状が出現する。例えば、気分・感情面の機能が障害された場合の症状として代表的なものが不安や抑うつであり、記憶が低下した状態が記憶力障害である(図2)。

## 7. せん妄への対応

せん妄の症状（とくに不眠や興奮、幻視）は、患者、家族、医療スタッフに強い苦痛と負担を強いるが、「寝ぼけ」と誤解されて、放置されていることが多い。

せん妄は、患者にとっても「苦痛」な体験である。医療スタッフは、患者から苦痛の訴えがないので、「患者は苦しんでいない」と誤解していることが多い。

がんという病気があるからせん妄を治療する意味がないとの誤解がしばしばあるが、がん治療にともなうせん妄は、適切な対応をとることで症状の改善を図ることができる。

### せん妄とは何か

せん妄は、脳の器質的な脆弱性のうえに、脱水や感染、薬物など身体負荷が加わったために、脳活動が破綻した状態である。すなわち、せん妄は特殊な意識障害であり、せん妄のケアには意識障害に対する治療とケアが求められる。

#### Point

せん妄は身体因子を原因とする脳機能障害である  
せん妄の治療は意識障害の治療である

Don't せん妄を「寝ぼけ」として放置しない  
せん妄を見逃さない。「不安」として心理的ケアのみで放置されていることが多いので注意をしたい

### 多彩な症状にまどわされないこと

せん妄は、幻視や妄想、興奮などの華々しい精神症状から、一見するとそわそわとしていて普通の不安として見過ごしてしまうような症状までさまざまである

臨床現場では、せん妄をストレス性の精神症状や性格などと誤解していることがある。しかしせん妄は、あくまでも身体因子により生じる脳機能障害であり、身体的な治療が必要な病態である



精神  
症状  
本状

**Don't** よくある誤解

- ・ 妄想を言わないのでせん妄ではない
- ・ 不安そうにしているのでせん妄ではない

**せん妄の症状の出方**

せん妄は脳の活動の根底をなす意識が障害される病態である。脳機能はいくつかのレベルにままとめると考えやすい (図1)。

日常生活を営む裏では、脳が正常に機能し (意識が清明)、気分が正常で (大まかな外界の様子を正確に判断できる)、思考・判断が正しくでき (思考能力が正常)、脳が環境とうまくやりとりできて、生活を送っている。

心身ともに健康な生活の実現

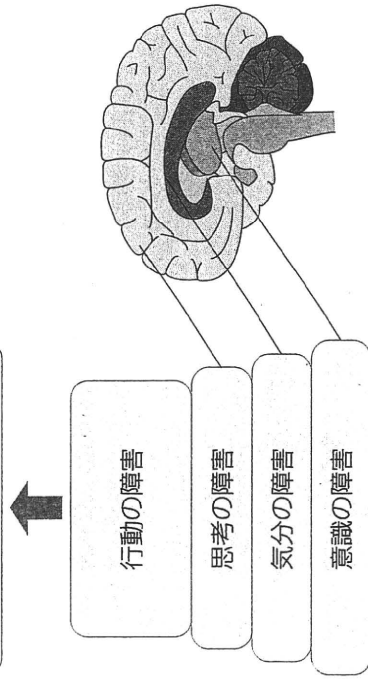


図1

せん妄とは、気分や思考が正常に働く前提となる意識が障害された状態である。そのため、せん妄では、以下のさまざまな症状が出現する。

- 意識障害の症状：注意力の障害、睡眠覚醒リズムの障害
- 気分の障害：気分の易変動、易怒性
- 思考の障害：幻覚、妄想
- 行動の障害：点滴除去などの問題行動

精神  
症状  
本状

**Point**

せん妄は特殊な意識障害であり、気分の変動や不安など、多彩な精神症状をもたらす

**Don't** 「不安そうな様子」だからといって、意識レベルを評価せずに「(精神的) 不安」として対応するのが、典型的なせん妄の見落とし方である。注意をしたい

**せん妄の診断**

代表的な診断基準である DSM-IV のせん妄の診断基準を示す<sup>1)</sup>。

- A 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害 (すなわち環境認識における清明度の低下)
- B 認知の変化 (記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現
- C その障害は短期間のうちに出現し (通常数時間から数日)、1日の中で変動する傾向がある

代表的な症状を下記に示す。

- 1) 睡眠覚醒リズムの障害  
昼夜逆転、夜間不眠
- 2) 注意力の障害  
さまよるさまよると落ち着かずに目がおよぐ、会話のつじつまが合わない
- 3) 見当識障害  
時間を間違える 夜中を朝と間違える  
場所を間違える 病院を家と間違える  
人物を間違える 家族の顔がわからない、スタッフを家族と間違えて話しかける
- 4) 情動反応  
不安、恐怖、怒り、多幸的など 場にそぐわないことが多い
- 5) 幻覚  
幻視が多い

精神  
症状  
本状



## せん妄の原因

せん妄の要因は、大きく3つ、すなわち

- ① 準備因子 脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている
- ② 誘発因子 直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する
- ③ 直接原因 直接脳の機能的な破綻を引き起こした

に分けて検討する(図2、表2)。

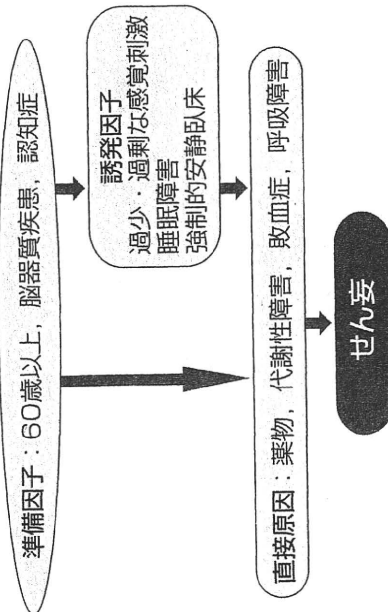


図2 せん妄の要因

終末期がん患者の場合、複数(平均3つ)の要因がせん妄に関係しているといわれる<sup>3)</sup>。

## どうしてせん妄の原因を詳細に検討するのか?

終末期に出現したせん妄でも、原因治療を行うことで症状の改善を図ることが可能であるからである。たとえば、終末期のせん妄の原因に関する報告では、原因として薬剤(オピオイド)、脱水、代謝異常、呼吸器感染による低酸素血症が高頻度に認められる。そのうち、オピオイドや脱水、高Ca血症は適切に対処することで回復が期待できる

表2

因子	
準備因子 脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている	高齢なほど生じやすい(とくに70歳以上はリスクが高い) 認知症の既往 脳血管障害の既往
誘発因子 直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する	感覚障害 睡眠覚醒リズムの障害 コントロールされにくい身体症状
直接原因	腫瘍による脳機能の直接障害 電解質異常 代謝性障害 感染症 循環障害 薬剤
	脳転移, がん性髄膜炎 脱水, 高Ca血症, 低Na血症 低血糖, 肝性脳症, ビタミンB12欠乏 貧血, 低酸素血症 オピオイド, ベンゾジアゼピン系薬剤(抗不安薬, 睡眠導入薬), 抗うつ薬, ステロイド, 抗ヒスタミン薬

## せん妄の経過

がんがあるからせん妄は治らないとの誤解が多い。終末期でも適切な対応をとることにより、約50%の患者は回復する。予後が数日に迫った時期でさえも、適切な症状緩和を図ることができる。常にせん妄の有無、重症度を必ず評価し、治療目標とすり合わせながら対応を進めなければならない<sup>4)</sup>。

## せん妄への対応

くり返りになるが、せん妄は身体負荷に発した脳機能障害である。せん妄の治療の原則は、負荷となつている身体因子を同定し除去することにある。したがってせん妄を疑う場合には、経過を振り返ると同時に、身体所見・検査所見を得て、投薬履歴を確認しながら原因の治療、薬物療法の変更を行う。せん妄が疑われる場合に、以下のステップをふまえてアセスメントを進める(図3)。

精神  
の  
本  
状

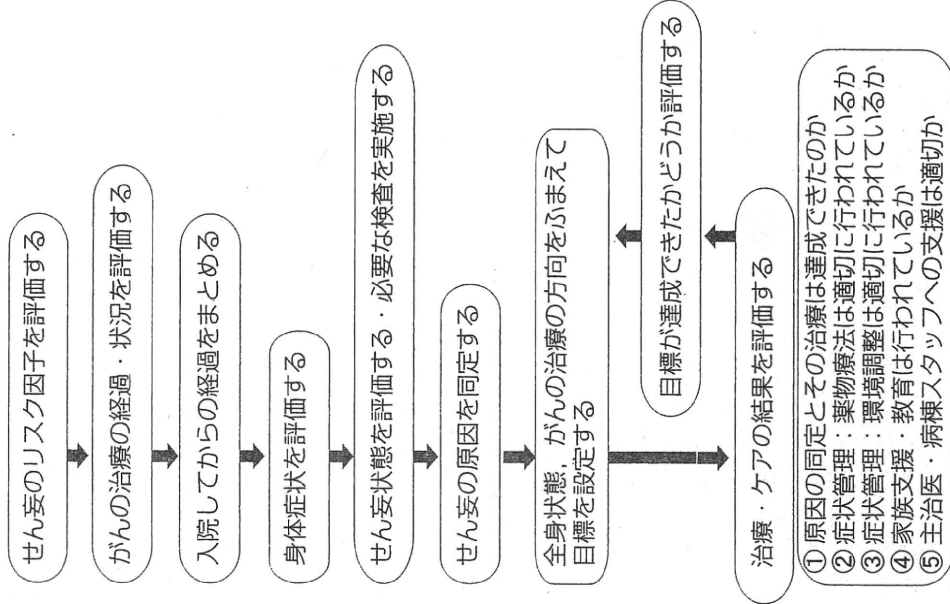


図3

精神  
の  
本  
状

### 1) せん妄のリスク因子を評価する

準備因子(脳が器質的にせん妄を生じやすいかどうか)を中心に、せん妄になりやすい状態かどうかを評価する。アセスメントの内容には下ののような項目がある。

高齢	70歳以上で約30%が入院中にせん妄を呈する
認知症	入院前から認知症があるか
せん妄	以前に入院した際に、せん妄や不穏のエピソードがないか。過去にせん妄のエピソードがあることは最大のリスク因子である
脳梗塞	脳梗塞の既往
薬剤	投薬内容をせん妄症状出現前後の変更を含めてすべて調べる
アルコール	飲酒歴、飲酒量を必ず調べる
臓器障害	呼吸器障害、循環障害、腎機能障害、肝機能障害
視覚障害	白内障、眼鏡の使用
聴覚障害	難聴、補聴器の使用

### 2) がんの治療の経過・状況を評価する

がんの種類	stage, 転移, 浸潤
病期	今まで受けていた治療, 今進行中の治療, 今後の予定
治療の経過	とくにオピオイドはレスキューの使用回数, 使用した時間を調べる。夜間のみに増加し, 痛みの訴えがはつきりしない場合には, せん妄の可能性を考える
薬剤	

### 3) 入院してからの経過をまとめる

### 4) 身体症状を評価する

とくにせん妄の直接因子になる原因がないかを詳しく調べる。

全身状態	Performance Status
バイタルサイン	発熱, 呼吸数, 脈拍, 血圧
呼吸	呼吸数, 喘鳴, 喀痰の有無, 酸素飽和度
循環	脈の不整