

皮膚：緊張度低下，褥瘡，黄疸，斑状出血，発疹
 腹部：膨満，腸雑音，打診，圧痛
 四肢：チアノーゼ，浮腫
 疼痛の有無，場所，性状，強度
 便秘，尿閉の有無，悪心，嘔吐の有無
 呼吸困難感の自覚 神経学的所見

精神
の
基本
症状

検査所見

身体所見の変化と合わせて問題点を整理する。とくに注意をしなければならないのは以下の4点である。

Point

- ① 脱水の有無を確認すること (BUN, Cr, Hb, Hct の変化)
- ② 高 Ca 血症の有無を確認すること
- ③ 電解質異常の有無を確認する (とくに低 Na 血症)
- ④ 感染の有無を判断する (WBC, CRP の確認)

5) せん妄症状の評価

まず以下の7点を評価する

- ① この数日から数時間の急激な変化かどうか
- ② 睡眠覚醒リズムの問題 この数日眠れていたかどうか，昼夜逆転はないか
- ③ 意識状態 傾眠か，過覚醒か
- ④ 注意力の評価 注意がすぐにそれる，会話にまとまりがたない，視線がおよぐ場所，時間，人物の認識ができていないかどうか
- ⑤ 見当識の評価 直前の会話，出来事が思い出せるかどうか
- ⑥ 記憶力の評価
- ⑦ 知覚の評価

6) 必要な検査を実施する

主な検査	
胸部 X 線撮影	誤嚥性肺炎，がん性リンパ管症，胸水の有無の確認
頭部 CT	脳転移，水頭症の確認
頭部 MRI	脳転移，がん性髄膜炎，水頭症の確認
血中アンモニア	肝性脳症の有無の確認

7) 医師と看護師が共同で，病態やせん妄に関連する因子を特定する

Point

- ① がん医療におけるせん妄への対応は，可逆的な原因を確実に同定し，対処することである。回復の可能性が高い原因を見落とさないことが重要である
- ② オピオイドによるせん妄の場合，同時に脱水による代謝産物の蓄積が重なることが多い。水分補給を同時に行う

精神
の
基本
症状

Don't

せん妄患者の疼痛を見落とさない
 せん妄状態では，患者は疼痛を表現できない。患者からの訴えを待つだけでは疼痛の有無を判断できない

Do

訴えがなくても，苦悶様の表情がないか，特定の体位ばかりとつていないかなどの客観的な観察，血圧や脈拍など自律神経症状を積極的に調べて，苦痛がないかどうかを常に確認したい

8) 全身状態，がんの治療の方向をふまえて，目標を設定する

原因	治療
治療反応性がよい	原因治療 + 抗精神病薬によるせん妄のコントロール
単一の原因の場合 感染症 脱水 高 Ca 血症 オピオイド， ベンゾジアゼピン	抗生物質，ドレナージ補液 ビスホスホネート製剤，補液 原因製剤の調整・中止
難治性のせん妄	症状緩和 + 抗精神病薬
原因が複数 積極的なせん妄のコントロールを続けても改善が認められない場合 肺転移による低酸素血症	

9) せん妄へのケア

- ・睡眠覚醒リズムの回復 睡眠の確保、日中の覚醒を促す
- ・見当識低下への支援 時計やカレンダーを置く
眼鏡、補聴器を使う
適度な明るさを保つ
- ・コミュニケーションやほたらきかけ
ゆっくり簡明に
- ・安全への配慮 ルートが見えないようにする
24時間の持続点滴を避け日中のみにする
持続皮下注にする

精神
基状態

Point むやみに拘束しない

身体抑制は、抑制自体が患者や家族の苦痛の原因になる。重大な事故の危険性が高い、救命のためにやむを得ない場合のような、絶対に必要な場合以外は安易に用いない。

10) 家族に教育をする

Point

- ① 家族にせん妄とその原因、治療について説明し、治療に関する同意を得て、家族の不安を解く（とくに精神病や認知症になったのではないこと）
- ② 家族の苦労をねぎらう。休養を勧める
- ③ 家族が介護を抱え込みすぎでないか、疲弊していないか確認する
- ④ 家族の積極的な関わりを促す。関わり方に関する不安を解く（側に親しい人がいるだけでも患者が安心すること。幻視や妄想に無理に合わせなくてよいこと）

実践

せん妄の説明

今のように、つじつまの合わないような話をされたり、見えてもいないようなものが見えているような状態をせん妄と言います。

精神
基状態

これは熱が出たり、体の水分が足りないとといった体の状態をきかけに、脳機能がうまく働かなくなった状態です。ぼーっとしてうつうつしたり、夜になると混乱して落ち着かなくなったりします。夢と現実が混ざったような夢うつつのような状態です

これは体の症状の一つであり、呆けてしまったとか精神病になったわけはありません。「このころのもち方」とか「気が弱いから」出てしまう症状でもありません。あくまでも体の病気がからきているものです

・治療のために入院されている方の場合、2割から3割くらいの方が、この症状で困ったり、悩んだりされます。決してまれなことではありません

実践

対応に関する説明

・ご家族の方もお疲れではないでしょうか。無理をせず、まず休んでください。心配なことがありましたら、遠慮なくおっしゃってください

・まわりの様子がわからないために、不安になったり、混乱されたりすることがあります。慣れ親しんだものは、混乱したなかでもしっかりとわかります。身近なご家族が側におられるだけでも安心されます

・つじつまの合わないことを話しかけられたりすることもあってもありません。そのときは無理に正したり、話を合わせる必要はありません

・側において、何をしてもいいかわからなとお困りになることがあるかもしれません。普段どおりに声をかけていただき、足をさすったりしてくださるだけでも患者さんは安心されます

実践

オピオイドの使用に家族が不安を感じている場合

・がんで治療中の患者さんの場合、せん妄はいくつかの体調不良が合わさって出てくることが多いのです。「麻薬」のせいで症状が出たのではありません。オピオイドを減らすと痛みが出てきてしまい、かえって悪くなる可能性があります。オピオイドはこのまま使用しながら、治療を進めていきます。どうしても合わない場合には、オピオイドの種類を変えてみることで、痛みを出さずに対応することができま

実践

治療の説明

- ・ 体に負担がかかって出てきた症状ですので、体の治療を進めながら、夜にしっかりと休んでいただけのように合わせて進めていきます
- ・ せん妄の症状は脳の機能不全から起きていますので、脳の伝達物質やホルモンの乱れを調整したり、神経を保護する薬を使って治療を進めていきます。治療を進めることで患者さんのつらさをやわらげることができま
- ・ 薬による治療を進めるにあたり、副作用はできるだけ出さないように少しずつ慎重に調整をしていきます。しかし、薬の効き方には個人差がありますので、時に効き過ぎて眠気が出てしまうことがあります。その場合には、すぐに薬の量を減らしたり、他の薬に切り替えることもします

11) モニタリングを実施する

以下の3点に注目し、せん妄重症度の継続的なモニタリングを行う。

Point

- ① 睡眠リズムが回復する
 - ・ 夜間に睡眠が確保できる
 - ・ 日中の意識レベルが上がり傾眠が減る
- ② 注意機能が回復する
 - ・ 会話が次第にまとまるようになる
 - ・ 夕方になっても不安が出なくなる
- ③ コミュニケーション能力が回復する
 - ・ 家族との会話が支障がなくなる
 - ・ 意向を担当医・病棟スタッフに話すことができる

症状管理：薬物療法**Point**

- ① 多くの場合抗精神病薬を用いた薬物療法の併用が必要になる
- ② 薬物療法は抗精神病薬単剤が基本である
- ③ ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入薬の単独使用はせん妄を悪化させる危険があるので避ける

精神
の
基本
症状

せん妄は、薬理的には神経伝達物質の調節不全が疑われており、抗精神病薬を用いる。

せん妄は不穏や興奮が目立つため、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系抗不安薬（たとえば、アパス[®]やレンドルミン[®]）を処方しがちである。しかし、抗不安薬や抗ヒスタミン薬は脳皮質活動全般を低下させ、せん妄を悪化させるために単独では用いない。

せん妄に対しては、従来からハロペリドール（セレネース[®]）が頻用されてきた。ハロペリドール（セレネース[®]）は注射製剤があり、投与経路の自由度が高い。経口投与が難しい場面もあり、その場合でも使用できる。しかし、錐体外路症状の発現率が10%程度と高い。

非定型抗精神病薬には、リスペリドン（リスパダール[®]）やオランザピン（ジプレキサ[®]）、クエチアピン（セロクエル[®]）、アリピプラゾール（エビリファイ[®]）などがある。リスペリドン、アリピプラゾールには液剤が、オランザピンには口腔内崩壊錠があり、嚥下障害がある場合でも比較的使いやすい（表4）。

薬剤の指示例

● 内服可能な場合

- 定型抗精神病薬

ハロペリドール（セレネース[®]） 0.75mg 1錠 分1 寝る前
(保険適用外)

【注意】

- ・ 0.5～2mg から開始、効果不十分の場合には同等量をくり返し追加、必要量を摘定し、翌日の投薬量を決定する。
- ・ 錐体外路症状の発現に注意する。

- 非定型抗精神病薬

リスペリドン（リスパダール[®]） 内服液 1ml 分1 寝る前
(保険適用外)

精神
の
基本
症状

【注意】

- ・消化管閉塞や悪心・嘔吐，その他経口が困難な場合，興奮が著しい場合にやむを得ず非経口投薬を考える。
- ・高力価抗精神病薬が基本である。
- ・経静脈投与が困難な場合には，皮下注や持続皮下注を用いることもある。
- ・不整脈に注意して施行する。施行前に ECG の確認が望ましい。
- ・患者への負担を考慮して皮下注を用いる。血中濃度の立ち上がりは同等といわれ，あえて筋注を選択するメリットはない。

精神
の
真
実
本
状

*抗精神病薬単剤で精神運動興奮が治まらない場合，睡眠覚醒リズムが回復しない場合，やむを得ずベンゾジアゼピン系薬剤を併用する

ハロペリドール (セレネース®) (5mg) 1A + フルニトラゼパム (ロヒプノール®) (2mg) 0.5A + 生食 100ml (保険適用外)
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注 (入眠後中止)

【注意】

- ・せん妄の遷延を予防するために必要最小限用いる。
- ・呼吸抑制に注意する。

*興奮が著しく他の方法がない場合，やむを得ずフェチアジン系抗精神病薬を用いることがある

クロルプロマジン (コントミン®) (10mg) 0.5-1A + 生食 100ml (保険適用外)
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注

【注意】

- ・少量から開始し漸増する。
- ・血圧の変動に注意する。
- ・抗コリン作用がありせん妄の増悪を招くことがある。くり返し症状評価を行い，改善が乏しい場合には他剤を考慮する。

低活動性せん妄への対応

- ・低活動性せん妄は昼夜を通じて反応に乏しく，自発性も低下しており，一見すると元気がなく見える（うつ病と間違えやすい）
- ・声をかけて見当識をたずねると，時間・場所がわからないことでせん妄と判断できる
- ・過活動性せん妄と同様に，高力価の抗精神病薬を用いて対応する。しかし，反応は概して低い。その場合に，ペモリン (ペタナミン®) や塩酸ドネペシル (アリセプト®) を用いることがあるが，評価は定まっていない

精神
の
真
実
本
状

Point

- ・自発的な活動が減るため，医療者からの積極的な働きかけが重要である
- ・意識的にコミュニケーションを働きかける
- ・セルフレアレベルを評価し，促す

● 終末期せん妄

せん妄のなかには，原因が不可逆的であったり，複数の因子が関係しているために，完全な回復を期待することが困難な場合がある。多くは死の過程に重なることが多く，このような状態を総称して終末期せん妄と呼ぶことがある。

Point

- ・以下の条件を満たす場合に終末期せん妄といわれることが多い
- ・原因に対する直接的な対応を実施
- ・標準的な抗精神病薬による治療を実施しても反応しない
- ・せん妄の要因も不可逆的

終末期せん妄であっても，妄想や幻覚から患者にとり苦痛を伴う体験であり，適切な対応が必要である。しかし，注意力の回復を目標にして薬物療法を実施すると，抗精神病薬の薬効よりも鎮静作用が前面に出てしまう場合がある。そのような場合には，包括的なアセスメントをチームで行い，治療の目標を引き下げ，部分的な症状の緩和を目指し，注意力の回復から睡眠覚醒リズムの維持に移すことを検討する。

Point

完全にせん妄症状を取ることから、不眠や幻視の苦痛をできるだけ取り除くとともに、日中は不完全ではあっても家族とコミュニケーションが維持できるように調整する

Do 終末期せん妄への対応

家族に見通しを伝える
今後コミュニケーションが困難になる可能性があることを説明し、家族と医療者が目標を共有できるように調整する

実践

終末期せん妄への対応

- ・患者さんとお話してできる時間が少しずつ短くなっていくかも知れません
- ・患者さんにとって少しでも苦しまずに過ごせるように支えていきたいと思えます
- ・ご家族もお疲れではありませんか。無理をせずに休める時に休んで下さい

8. 認知症への対応

わが国において、2007年に65歳以上の老年人口は2,750万人となり、全人口の21.6%を占め超高齢化社会を迎えるにいたった。認知症は、高齢者の合併疾患の一つとして重要である。2006年において、認知症患者は200万人を超え、2020年には300万人を超えるとも予想される。

認知症自体がセルフケアの障害を通してリスク因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応が必要となり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する。

高齢者の治療を実施するにあたっては、がんの診断のみならず、身体機能評価、精神機能評価、社会的機能評価をふまえて対応にあたることが重要である。

Point

- ① わが国では、世界に先駆けて超高齢化社会を迎えた。今後認知症を合併したがん患者も増加すると見込まれる
- ② 一部に認知症があると緩和ケアができなるとの誤解がある。英国の緩和ケアが悪性腫瘍における認知症のケアの方針を大きく変えたことが示すように、認知症および認知機能障害は緩和ケアでは避けて通れない問題である
- ③ 認知症の症状には、中核症状と随伴症状がある。その発症機序を理解して対応することが、ケアの基本となる

認知症とは何か

一般的に認知症というと、「もの忘れがひどい状態」とみなされることが多い。しかし、認知症において「もの忘れ」はその症状の一部でしかない。

認知症の定義をみると、表1のようになる。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: Author, 1994.
- 2) Massie MJ, Holland J, Glass E: Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 140: 1048-1050, 1983.
- 3) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al: Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer; a prospective study. Arch Intern Med 160: 786-794, 2000.
- 4) Breitbart W, Lawlor PG, Friedlander M: Delirium in the Terminally Ill. "Handbook of psychiatry in palliative medicine" Chochinov HM, et al ed. 2nd ed. pp.81-100, Oxford University Press, New York, 2009.

[小川朝生]

表1 認知症の診断基準²⁾

<p>A. 多彩な認知欠損の発現で、それは以下の(1)(2)により明らかになる</p> <p>(1) 記憶障害(新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害)</p> <p>(2) 以下の認知障害の1つ(またはそれ以上):</p> <p>(a) 失語(言語の障害)</p> <p>(b) 失行(運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害)</p> <p>(c) 失認(感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと)</p> <p>(d) 実行機能(すなわち、計画を立てる、組織化する、順序だてる、抽象化する)の障害</p> <p>B. 基準A(1)およびA(2)の認知欠損は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す</p> <p>(DSM-IV-TRより引用、一部改編)</p>
--

簡単にまとめると、

認知症とは「成長する過程で獲得されたあらゆる知能が、脳が器質的な障害を負うことによって、回復不可能な形で損なわれてしまった状態」

ということになる。

この定義を見ると、認知症のあらゆる問題は、脳の障害であるから解決困難であると考えたくなってしまふ。事実、徘徊や妄想、不潔行為などさまざまな症状を、向精神薬を用いてコントロールすることが認知症の治療と捉えられがちなのもある。

しかし実際、これらの症状は、医療者からの働きかけや対応のしかたで劇的に変わることが知られており、医療者のアセスメントの技量がその結果を左右する。すなわち、患者の精神的な反応が症状を修飾している面が大きい(図1)。つまり、認知症患者がどのようなハンディキャップを負っているのか、認知症患者とのコミュニケーションは、患者の世界の捉え方の癖を知り、コミュニケーションをとることにより、大きく進めることが可能である。

認知症の症状

認知症＝「もの忘れ」の印象が強いが、記憶障害が問題としてあがることは意外に少ない。認知症のケアで問題になるのは、意欲の低下や、怒りっぽい、不安が強いなどの性格変化、不眠など、広く不定愁訴としてまとめられることが多い。

認知症の症状は大きく2つに分けられる。

Point 認知症の症状

- ① 中核症状：記憶障害、実行機能の障害など神経変性に伴う症状
- ② 認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) : 不穏、徘徊、幻覚、妄想など

認知症のケアでとくに重要になるのは、BPSDへの対応である。BPSDは、認知症の中核症状を基盤に、環境や対人関係などさまざまな要因が重なって出現する症状である。BPSDは患者自身に苦痛を強いるのみならず、介護者の精神的負担にもなる。BPSDは環境調整や働きかけなどの非薬物療法により症状が改善することが明らかになっており、適切な対応が重要である(図1)。

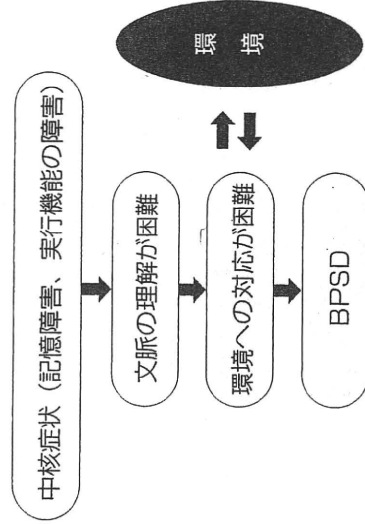


図1 認知症の症状

がんの臨床で注意しなければならない点

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症があることにより、まず症状の自覚が遅れがちになる。また、セルフケアの障害を通してリスク因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応が必要となったり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある³⁾。

精神
の
基
本
状
態

精神
の
基
本
状
態

Point

認知症の影響

- ① 抗がん治療の問題
 - ・ 診断が遅れる（進行期での発見が多い）
 - ・ 意思決定が困難になる
 - ・ セルフケアが困難になる（有害事象の発見が遅れる）
 - ・ 合併症の増加
- ② 精神症状の問題
 - ・ せん妄のリスク因子
 - ・ 抑うつ状態のリスク因子
- ③ 家族の介護負担

認知症への対応を考える

認知症の症状（とくにBPSD）への対応を考える。BPSDは多様な背景から出現する症状であるので、本人の身体状態、行動パターン、環境要因、介護者との関係など背景を一つ一つ検討することが必要になる。対応方法の流れとアプローチのポイントを図2に示す。

1. 認知症の病型を確認する

認知症の病型を理解することによって、どのような症状（中核症状、BPSD）が出現しやすいのか、その出現する背景を理解できるようになり、対策が講じやすくなる（表2）。

2. BPSDの出現する背景を検討する

BPSDの出現する背景を明らかにするために、次のポイントをおさえて評価する。

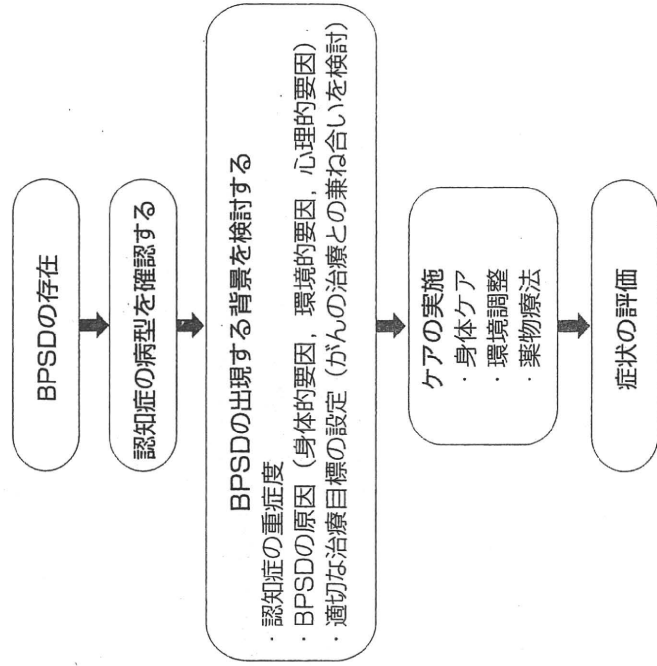


図2

Point

BPSDへの対応

- ① 対象とするBPSDを明らかにする
(介護者と相談して問題を明確にする)
- ② 対象とするBPSDについての情報を集める
(頻度や時間、起こりやすい場所、誰といたかなど)
(1～2週間記録する)
- ③ 対象とするBPSDが起こった前後の状況を明らかにする
(引き金となる要因を特定する、複雑な要因を明らかにして介入につなげる)
- ④ 現実的な目標を決めて計画を立てる
- ⑤ 目標を成し遂げた場合、介護者などにフィードバックをする
- ⑥ 継続的に評価をし、計画を修正する

表 2 認知症の病型

発症のメカニズム	障害部位	中核症状	周辺症状	ケアのポイント
アルツハイマー病 アミロイドβ蛋白の脳内沈着が原因となり、神経原線維変化が生じ、神経細胞死にいたる	側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる	記憶障害：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 見当識障害：時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は昼と夜を間違え、夜中に戸を開けたりすることなどで気づかれる。次第に道に迷うようになる 実行機能障害：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	抑うつ、意欲の低下：実行機能の低下に伴って、作業の負荷が大きくなるなどの環境要因と神経細胞の脱落という器質的な要素からなる 妄想：物盗られ妄想が多い(物をどこかにしまい、しまった場所がわからなくなると、身近な介護者が盗んだと確信して責める) 徘徊： 失禁：	認知症の進行を遅らせる塩酸ドネペジルの使用 周辺症状(意欲の低下、妄想、徘徊、失禁)などの行動障害が出現するメカニズムを発見し、その対応をする
血管性認知症 脳血管障害に関連して出現した認知症を総称する	梗塞・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる	情動の変動：気分の変化(怒りっぽくなる、ちよつとしたことなどで泣く)が生じやすい 覚醒レベルの変動：1日や数日のなかで意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい 記憶障害：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 実行機能障害：物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	意欲の低下、抑うつ：梗塞・出血に関連した脳機能の低下 人格の先鋭化：人格の特徴がより強く出てくる。慎重な性格が頑固で融通の利かない人格へ、マイペースな性格が、自己中心的な人格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	梗塞・出血に関連した神経症状への対応(嚔下困難、片麻痺など) 安定した環境の提供 せん妄の予防と対応
レビー小体病 αシヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、神経細胞死を誘導する	後頭葉を中心とした症状(幻視)から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる	覚醒レベルの変動：1日のなかで意識レベルの変動があり、注意力の障害が出る。せん妄を生じやすい 幻視：鮮明でありありとした幻視が出やすい パーキンソン症状：前傾姿勢やすり足歩行、姿勢反射障害、固縮などが出やすい 抗精神病薬への過敏性：少量でもパーキンソン症状や過鎮静が生じやすい	抑うつ・不安：病初期には記憶障害や幻視に先行して、意欲の低下や抑うつ気分、不安焦燥感で受診する場面がある パーキンソン症状：突進歩行、転倒	抑うつ・不安への対応：環境調整や薬物療法を行う 幻視に対しては、塩酸ドネペジルの使用 せん妄に対しては、パーキンソン症状の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭側頭葉変性症 3リボートタウの蓄積が関係	前頭葉から側頭葉にかけての機能障害	常同行動：同じ言動を日課のようにくり返す 脱抑制：欲求のコントロールが難しくなり、周囲への配慮に欠ける言動が増える 注意力障害：注意の転導性亢進、集中維持が難しくなる。ちよつとした周囲の刺激に反応してしまい、作業を続けることが難しくなる	被影響性の亢進：外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉発する(オウム返し)ができる 自覚性の低下、感情の平板化：進行すると無関心が目立ち始め、最終的には意欲も低下する	常同行動による時刻表的な生活をうまく利用する。外界からの刺激を少なくするように調整して、同じ時間に同じ職員が同じ対応をとれるようにする

精神の根本状態

精神の根本状態

3. BPSDへの介入

BPSDのなかでとくに問題となる症状は、興奮と粗暴な行為、徘徊である。急にBPSDの症状が出現した場合にまず考えなければならぬのは、急性の身体疾患と環境の負荷である。介護者が気づいていない疼痛が興奮の原因になることはしばしばある。主なポイントをまとめる。

負担の軽減	慣れ親しんだ行動をする 選択の範囲を狭めて混乱を防ぐ 休憩をとる 負荷が加わったときは刺激を避ける 身体的な負荷・不快な感覚がないかさぐる (疼痛、尿意、空腹、口渇)
配慮をした声かけ	丁寧な会話 はっきりとわかりやすい言葉 ノンバーバルな表現にも注意を払う
行動の評価	不安の初期症状をモニタリングする (歩き方、歩くスピード、顔をしかめる) 行動がエスカレートする前に早期に対応する
介護者に「行動を読む」ように教える	言葉のパターン(常同言語など)や行動(探索するような行動)をみて、患者がストレスをどのよう減らそうとしているのかを探る
環境調節	安全を確保する 方法やとっかかりをわかりやすくする 見当識がつかややすい工夫をする
介護者を常に支援する手段を用意する	介護者の教育・ニーズを把握する

表 3

パラメータ	評価
機能	日常生活動作 (ADL) (食事、更衣、排泄、整容、移動、入浴) 手段的日常生活動作 (IADL) (乗り物の利用、金銭管理、服薬、買い物、食事の支度、洗濯、家事、電話) 全身状態 (PS) 合併症の数 合併症の重症度 生活状況 介護者の有無 収入
併存症	交通機関へのアクセス 経済的問題 認知症 うつ病 せん妄 転倒 骨粗鬆症 虐待 自律性の喪失 持続的めまい 投薬数
社会経済的問題	薬物間相互作用 栄養学的なリスク
多剤投与	
栄養	

(文献⁴⁾より転載)

る場合には、担当医に伝えて対応を相談する。家族に情報を伝え、対応を相談する。

4. 症状管理を行う。

- a) 薬物療法：認知改善薬 塩酸ドネペジル (アリセプト[®]) など
行動障害に対して、抗うつ薬、抗精神病薬を併用する。薬物療法の調整は総合的な判断を必要とする場合が多く、認知症に通じた精神科医と相談しながら進めるのが望ましい。
- b) 介護保険を含め、患者・家族への支援体制を構築する。
- c) 介護者への支援・教育を行う。とくに、抗がん治療に関連するセルフケアについては、担当医との連携を密にとる。

● 評価・対応の流れ

1. 認知障害を引き起こす可逆的な因子があれば、積極的に対応を進める。
2. 適切なサポート(家族支援、介護保険の利用の有無)があるか確認する。
3. 理解力が不十分でありインフォームドコンセントに支障があ

● 家族のケア

1. 家族の気持ちをたずね、理解することから始まる

がん治療に加えて認知症に関する問題が加わると、二重のステイグマを負わされる家族の精神的負担は非常に重い。多くの家族は自責感や罪悪感、悲しみ、患者への怒りなど、混乱し疲弊した状態になる。

まず家族の心身の状態をたずね、理解することから始まる。家族の苦しみや悲しみをまずたずね、介護の労をねぎらうことから始めたい。

2. 家族に安心感を取り戻していただける働きかけを行う

大事なことは、「患者が落ち着くためには、まず周りの家族がゆとりを取り戻すこと」であり、心身の休息とともに今後の家族の負担を最大限取り除くための調整を進める。

Point

家族への助言のポイント

- ① 介護の問題を一人で抱え込まないこと
- ② 介護者の自分自身の時間をもつこと
- ③ 介護者が全てをしようと思わないこと
- ④ 自分自身を責めないこと

文献

- 1) 財団法人日本統計協会：国民衛生の動向 2008 年，2008.
- 2) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision：American Psychiatric Association. 2000（高橋三郎，大野 裕，染谷俊幸訳：DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版。医学書院，東京，2004.
- 3) Raji MA, Kuo Y, Freeman JL, et al：Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. Arch Intern Med 168：2033-2040, 2008.
- 4) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Senior Adult Oncology V.1, 2009.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/senior.pdf

[小川朝生]

2. コンサルテーションの基本

はじめに

がん患者には、せん妄や適応障害、うつ病など精神疾患が高頻度に出現する。これらの精神疾患に対して、適切な精神心理的ケアを提供するために担当医やプライマリ・チームと共同して対応することが精神腫瘍学の臨床活動である。

せん妄やうつ病は、コンサルテーション・リエゾン活動において日常的に対応する疾患でもある。あえて精神腫瘍学のコンサルテーションを考える必要性を不思議に思うかもしれない。

通常のコンサルテーション・リエゾン精神医学でも精神腫瘍学においても身体治療を念頭において、精神症状への対応を行うことには変わりはない。しかし、特に精神腫瘍学においては、がんに対する治療（抗がん治療）の内容や今後の見通しをふまえた対応が強く求められている特徴がある。

本稿では通常のコンサルテーション・リエゾン活動と比較しながら、精神腫瘍学のコンサルテーション活動の実践について考えてみたい。

がん医療において望まれるコンサルテーション活動とは

われわれは総合病院において、さまざまな身体疾患を抱えている患者の精神症状に対して、適切な治療およびケアを提供するためにコンサルテーション活動を実践している。対象となる患者は、救急医療に多い外傷性疾患をはじめ、炎症性疾患、自己免疫性疾患などさまざまである。多様な疾患のなかで、罹患率が上昇しているのが悪性腫瘍である。2008年度には34万2,963人ががんで亡くなり、日本人の2人に1人はがんになるリスクがある。

このように、誰もが罹患しうる疾患となったがん（悪性腫瘍）ではあるが、外科手術に加えて、抗悪性腫瘍薬による薬物療法や放射線治療など複数の治療手段を併用する。そのために複数の専門家が意見を交換しつつ、治療の全体構造を議論し、最善の治療方法を提案することが必要になる。ここに、がん医療の特徴である、①集学的治療（多職種によるチーム医療：interdisciplinary team）と②包括的なアセスメント（comprehensive

cancer care) が現れる。身体症状のアセスメントが重要であることは、コンサルテーション・リエゾン活動と相違ない。しかし、精神腫瘍学においては、がんのチーム医療の一翼を担うことから、コンサルテーションにおいても、他の専門職種と協調するために、明快な判断とわかりやすい情報提供を心がけることが望まれる。

より具体的には、精神腫瘍学においては通常の対応に加えて、治療の段階、今後の治療方針、予後をふまえた見通しをはっきりと示す必要がある(表1)。

コンサルテーションとは

コンサルテーションという言葉は日常でもしばしば使われる。一般的にはコンサルテーションとは、相談する側(コンサルティ)が抱えている問題への対応・方略に関して、専門性の異なる相談を受ける側(コンサルタント)がその専門性に沿った情報提供を与えることを指す。医療、特にチーム医療が強調される場では、コンサルティとコンサルタントとのお互いの働きかけが強調され(相互コンサルテーション)、異なった専門性・役割をもつ者同士が、それぞれの専門性に基づき状況を検討し、今後の方針に関して話し合い意思決定をすることが重要視される。つまり、一方的に情報を伝えるのではなく、お互いの問題意識・情報を共有し、最善の方法を探る過程が重要になる。

特に精神腫瘍学や緩和医療の領域において意識しなければならない点は、

がんに関連する基本的な統計

Column

【がんの死亡者】年間 33 万 6,468 人 (2007 年人口動態統計)

男性：20 万 2,743 人 全死因に対して 34.2%

女性：13 万 3,725 人 全死因に対して 25.9%

【がんに罹患する人】年間 64 万 1,594 人 (地域がん登録全国推計値：2003 年)

男性：37 万 2,374 人

女性：26 万 9,220 人

【生涯リスク】(国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値：2003 年)

男性：54%

女性：41%

日本人の 2 人に 1 人ががんになる。

【がんの継続的な治療を受けている人】(2005 年患者調査)

約 142 万人

入院中の患者：14 万 4,900 人

外来受診者：14 万 100 人

1 日に 28 万 5,000 人が受療 (全受療の 3.3%)

平均診療間隔は 11.6 日

【医療費】

年間 2 兆 6,958 億円 (2007 年国民医療費)

一般診療医療費全体の 10.5%

表1 通常の精神科コンサルテーション・リエゾン活動と精神腫瘍学におけるコンサルテーション活動の比較

	通常の精神科コンサルテーション・リエゾン活動	精神腫瘍学におけるコンサルテーション活動
対象	身体疾患全般	がん医療に特化
介入	精神科医単独	多職種協調型チーム
対応	精神症状への対応	精神症状への対応に加えて包括的な症状緩和・相互調整
治療期間	一般にコンサルテーション活動に対する時間的な束縛は少ない。ある程度身体治療と独立した対応が可能	抗がん治療の段階をふまえた対応が必要。治療の見通しを立てる必要があり、症状への対応に関しても時間的な制限がかかることがある
アセスメント	精神症状	包括的
療養場所の選定		ケアの一環として対応
意思決定の支援		ケアの一環として対応
複合的な問題への対応		ケアの一環として対応
家族・遺族ケア		ケアの一環として対応
サバイバー	個別の対応	ケアの一環として対応
在宅連携		在宅支援診療所との連携
教育		チームの機能として実施

表2 コンサルテーションを行う前に

- 担当医と患者との関係をいかに支えるか配慮をする
 - ・担当医の役割を奪わないように注意する
- 臨床と教育のバランスを考える
 - ・精神腫瘍医だけで施設内のすべての精神症状への対応は担えない
- コンサルテーションは受け入れられ、続かなければならない
 - ・活動が認知され、信頼されることが必要
 - ・行うわれわれが燃え尽きないこと

① コンサルティは担当医・病棟スタッフである、

② 最終的な決定権はプライマリ・チームがもつ、

である。

すなわち、精神腫瘍学のコンサルテーションは、患者にとって有益であるだけでなく、担当医や病棟スタッフにも有益でなければならない。コンサルテーションを行うにあたっては、担当医-患者関係や病棟スタッフ-患者関係に配慮をすること、コンサルテーションで提案できることは担当医やプライマリ・チームが理解できること・実際にできることでなければならない(表2)。

表3 精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意したいこと

- I. 依頼を受ける際に
 1. 依頼にはすみやかに対応する
 2. 依頼には柔軟に対応する
 3. 担当医・病棟スタッフのニーズが何かを明確にする
- II. 診察に際して
 1. 当たり前のことではあるが、患者に負担をかけない
 2. 担当医の依頼を受けて診療に参加していることをはっきりと伝える。コンサルテーション活動には、医師-患者の関係もあるが、同時に、担当医-コンサルタントの関係もあることを患者に伝える
- III. 対応を考えるにあたり
 1. まず緊急度を判断する
 2. 包括的なアセスメントをする。緊急度と重要度を決定し、解決すべき問題の優先順位を決定する
 3. 身体医学、神経学、精神医学、心理社会的問題を、明確な根拠を示しながら鑑別する
- IV. 担当医へのフィードバック
 1. 精神医学の専門用語を使用せず、簡潔でわかりやすい言葉で助言をする
 2. いつまでに何をすることが望ましいのか、その結果はどのように判断できるのか、見通しを明確にする
 3. 所見や助言について、担当医と直接連絡をとる
- V. 経過を追う
 1. 入院中は定期的なフォローを行う
 2. 身体症状に関しては、特に担当医や病棟スタッフと密に連携をとる
 3. 常に目標と達成度を評価し、担当医や病棟スタッフにフィードバックをする

精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意したいこと

表3に精神腫瘍学のコンサルテーションを受ける際に注意したいことをまとめて示す。

コンサルテーションの実際

依頼を受けてから診察までに

コンサルテーションの依頼理由はさまざまである。プライマリ・チームが、はっきりと問題を認識したうえで専門的な診療を依頼してくる場合もあれば、医療者-患者関係の問題が患者の身体症状と誤って認識されている場合までである。

コンサルテーションを依頼するに至った経緯をプライマリ・チームから直接聞くことで、依頼側がどのような認識をもっているのか、何を問題と認識しているのか、解決を願っているのはどのような問題なのかを明らかにする。

point

依頼に至った背景を直接担当医や病棟スタッフから聞き、ニーズを把握する。

依頼の内容には、原因のはっきりしない身体症状が混じることがある。抗がん治療中に身体症状緩和に難渋することはしばしばあり、担当医、病棟スタッフの感じる重圧、罪悪感、あせりは大きい。逃げを求めての依頼が出されることもある。担当医の労にも配慮をしたい。

経過をまとめる

精神腫瘍学のコンサルテーションの特徴は、がん医療における治療経過が一般身体医療と比較して明確な段階をふまえている点である。

がんの経過は、がんが疑われる症状が出現したときから、検査・受診に至るまでの過程、確定診断、告知、全身評価、治療開始、経過観察とそのときの変化、再発告知、積極的治療の中止、終末期の段階を経る。

表4にがん医療において経過をまとめる際のポイントとなる点をあげる。

表4 がん医療において経過をまとめる際のポイント

基本的な情報
<ul style="list-style-type: none"> ・がん種 ・初診までの経過（意外と患者、家族に葛藤がある） ・確定診断日 ・告知を受けた日 ・告知を受けたときは患者のみであったか、家族も同伴していたのか ・告知の内容 ・告知直後の反応（負荷がかかった際にどのような反応、適応を示したのかを知るうえで重要） ・staging ・転移の有無、転移臓器 ・浸潤
手術
<ul style="list-style-type: none"> ・手術の位置づけ・目的（根治治療か姑息手術か） ・患者・家族の理解 ・手術（術式）、病理診断 ・術後補助化学療法の有無 ・治療効果の判定
化学療法
<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の位置づけ（術前化学療法〈neoadjuvant〉か術後補助化学療法〈adjuvant〉か）（first line か second line かあるいは third line 以降の位置づけか） ・治療場所（外来か入院か） ・レジメン（抗悪性腫瘍薬の種類）は何か、標準的治療か否か、標準的治療でない場合、なぜその治療方法が選択されたのか ・患者、家族の理解はどうだったのか ・予想された有害事象は何だったのか ・実際に発現した有害事象は何だったのか、有害事象にはどのように対応したのか ・治療はスケジュール通りに施行されたのか、施行されなかった場合その原因は何だったのか

（次頁へつづく）

表4 がん医療において経過をまとめる際のポイント (つづき)

放射線療法

- ・ 施行部位
- ・ 治療目的 (予防目的なのか根治なのか, 緩和目的か)
- ・ 予想された有害事象は何か
- ・ 患者, 家族の理解
- ・ 実際に出現した有害事象は何だったのか, 有害事象にはどのように対応したのか

second line 治療への移行

- ・ PD (progressive disease: 治療効果がない) と判定された理由
- ・ 患者・家族への説明, 理解の内容
- ・ 提示された次の治療は何か
- ・ 患者・家族が希望したものは何か

積極的抗がん治療の中止

- ・ 積極的治療の中止が推奨された理由
- ・ 患者・家族への説明, 理解の内容
- ・ 患者・家族が希望したものは何か

在宅療養への移行

- ・ 移行が提案された背景
- ・ 患者・家族の理解
- ・ 患者の希望は何か
- ・ 家族の意向
- ・ 介護力はあるのか
- ・ 必要な支援は何か
- ・ 地域でのサポート体制はあるのか (在宅医, 訪問看護)
- ・ 必要な支援制度は導入できているのか (介護保険)

投薬内容を確認する

がん医療で問題になる精神症状に, 薬物に関連した問題が多い。依頼に関連した症状の出現前後での投薬内容の変化は注意して見直す。

特に注意すべき薬剤を以下にまとめる。

●オピオイド

オピオイドはがん性疼痛の症状緩和目的で頻用される。精神症状に関連して問題となるのは, 開始・増量時の眠気や注意力障害, せん妄である。

オピオイドが使用されている場合には, 症状緩和の目標とされている疼痛の部位と性状, オピオイドのベースの投薬量, レスキューの使用回数とその効果を確認する。もしもオピオイド・ローテーション (オピオイドの切り替え) がなされていた場合には, 切り替えの用量や投薬時期が適切かどうか確認する。

●ステロイド

ステロイドが投薬されている場合には, 使用目的が何かを確認する。

抗悪性腫瘍薬の有害事象対策で処方されている場合と, 倦怠感の緩和目

的で処方されている場合がある。特に有害事象で投薬されている場合には、大量投与の場合が多い。

ステロイドの開始に伴い、不眠や一過性の気分の高揚・不安の増悪が出現することがある。服薬の開始時期、投薬内容、投薬時間（特に夕方から夜間に投薬されていることはないか）を確認する。

●制吐薬

制吐薬に関しては、がん医療ではオピオイド開始に合わせて、吐き気対策でプロクロルペラジン（ノバミン®）が頻用されている。通常、開始後1週間で漸減中止が推奨されているが、しばしば継続して処方され続けている場合がある。また、複数の抗精神病薬が処方されている場合もまれにある。過鎮静がないか、倦怠感の出現がないか確認する。

家族歴・地域の状況を確認する

通常の家歴に加えて、以下の点を確認する。

- ① 家族のがんの罹患の有無。
- ② もしもがんに罹患した家族がいるならば、そのときの印象を強くもち、状況を重ねて考えている場合がある。丹念に家族の懸念を尋ねる。
- ③ 今後の方向性に在宅への移行も含まれている場合は、在宅資源についても尋ねる。

病床を訪れるにあたり

基本的なマナーではあるが、以下の項目には特に注意を払いたい。

- ① ベッドサイドに座り時間をかけて対応する姿勢を示す。
- ② 視線の高さを患者にそろえて、決して見下ろすような体勢は避ける。
- ③ 患者が話しやすいように環境を整える（ベッドの高さを調整する、布団を直す、口をしめらすために吸い呑みを渡すなど）。

挨拶をする、インタビュー・診察を進める

面接を開始するに際しては、今回診察に何うに至った経過を説明する。改めて指摘するまでもないことではあるが、コンサルテーションという特殊な体制であることを明確にすることが重要である。

精神腫瘍学のコンサルテーションは、特にがんの治療を目的に入院していると考えており、精神症状に関して意識をしていない場合が多い。また、身体治療中に不安や懸念、感情を言葉に出すことを躊躇し抵抗を感じる患者もいる。不安や感情を医療の場でもよいことを説明し、安心できる環境を設定する。

以下に診察の注意点をまとめる。

- ① 病気や予後についてのとらえ方に注意する。
 - ・患者の疾患や予後の理解や、疼痛・機能喪失などについての関心・不安

Point

インタビューへの導入

- ・簡単に自己紹介をする
- ・担当医から依頼を受けたことを伝える。
- ・担当医が依頼をした背景や担当医が懸念していること、依頼を通して担当医が目指していることを伝える。
- ・依頼を受けて、精神腫瘍医として、患者にも担当医にも役立ちたいとの意思をもって、伺った旨を説明する。

について尋ねる。

- ② 患者が直面している人生・生活の苦しみについて理解を現す。
 - ・がんに家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについて尋ねる。
 - ・患者の誇りに思っていることを尋ねる。
- ③ 精神症状を評価することの意義と重要性について話し、患者自身にも観察者の役割を担ってもらう。
- ④ 診察の最後には患者に具体的な情報や対応、今後の予定を伝える。

患者が家族に関連して懸念に思っていること、仕事や生活のうえで不安に感じていることも積極的に扱う。がんに患ったことで家族や仕事に対して思っていること、がんという疾患が、家族関係や社会的役割に与える影響について話し合う。患者が感じる自律の喪失は大きいことが多い。患者の生活に関心を寄せていること、患者の自律性を回復させることを願っていることを伝えることで、がんという疾患だけではなく、人として尊重していることを伝え、支持することになる。

見落としてはいけない身体症状

身体症状に関しても注意を払う。

がん医療は概して緊急対応を要する事態は急性期疾患に比較して少ないが、それでも生命に直結する症状が精神症状と誤解されて依頼されることがある。少なくとも即時対応が求められる下記の症状の有無を確認する。

- ① 横断麻痺：膀胱直腸障害、四肢脱力、感覚障害が出現する。24時間以内の対応が必要であり、疑われる場合は担当医に直ちに連絡する。
- ② 呼吸抑制：オピオイドによるせん妄が放置され、過量投薬が続けられた場合にみられることがある。
- ③ 上大静脈症候群

包括的なアセスメントを行う

精神腫瘍学においては、全身状態や今後の治療の展開、療養場所の選定を想定した対応を考える。下記の項目を中心に、総合的な評価を行う。

- ・全身状態（PS〈performance status〉、ADL）、治療の段階、予後
- ・必要とされる治療
- ・精神科診断、精神症状の重症度
- ・心理社会的問題
- ・介護の問題
- ・患者の意向、家族の意向、医療者の意向
- ・QOL

●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ときに、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、以下のような順番で評価していくことを

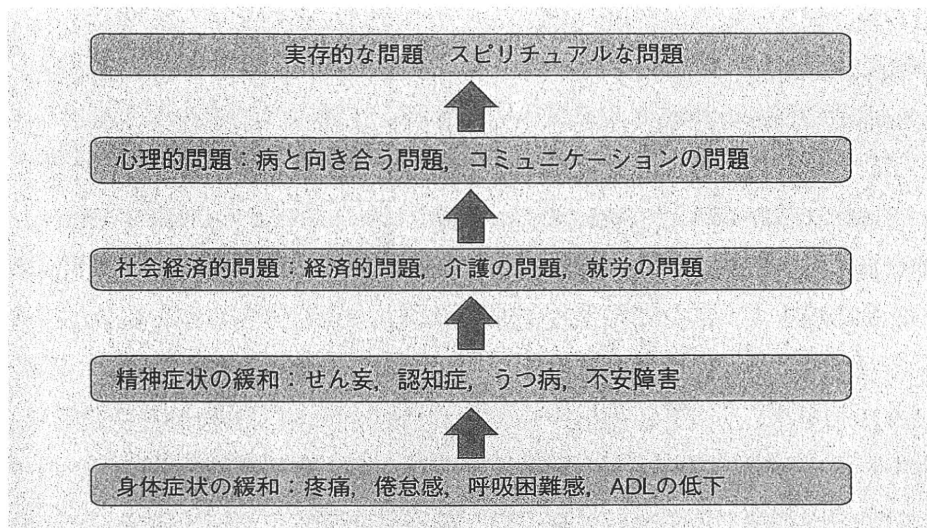


図1 「つらいです」と言われたときに

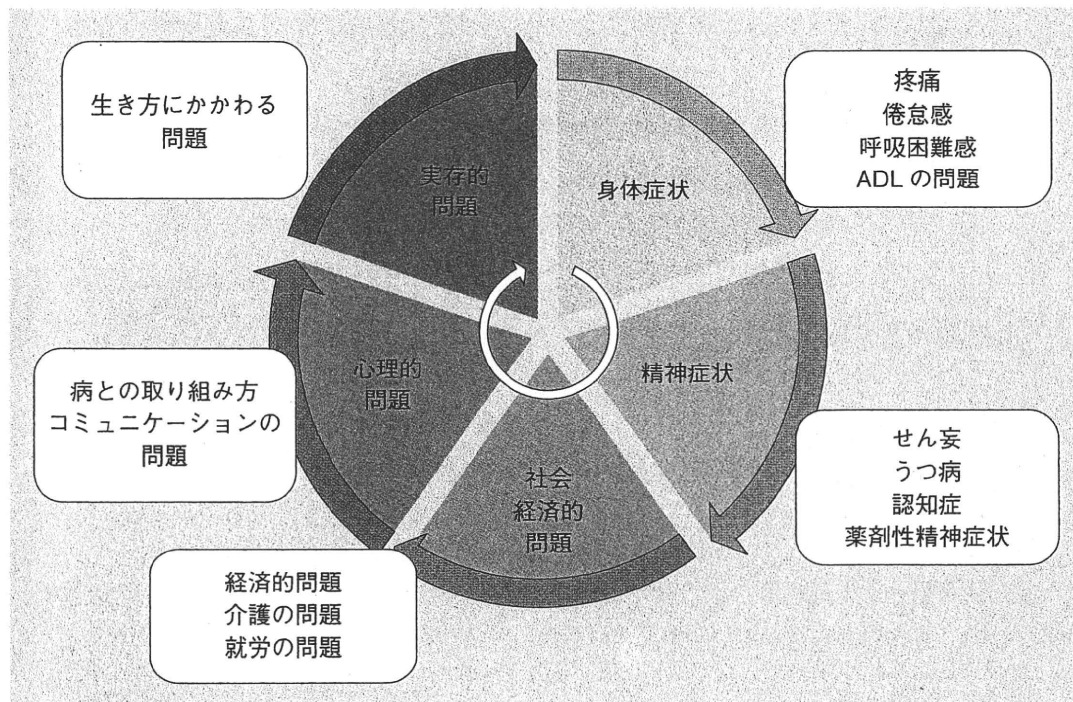


図2 包括的アセスメント

勧めている（図1, 2）。

●身体症状評価

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』から来ている苦痛ではないかを考える点である。身体症状から来る苦痛（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、初めて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、初めて社会環境・経済的問題、心理的な問