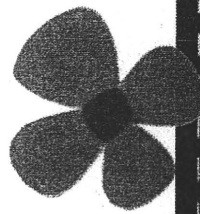


- Neuropsychol 2001 ; 16 : 859-60.
- 13) Soussain C, Ricard D, Fike JR, et al. CNS complications of radiotherapy and chemotherapy. *Lancet* 2009 ; 374 : 1639-51.
 - 14) Douw L, Klein M, Fagel SS, et al. Cognitive and radiological effects of radiotherapy in patients with low-grade glioma : long-term follow-up. *Lancet Neurol* 2009 ; 8 : 810-8.
 - 15) Gagnon B, Low G, Schreier G. Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium : a prospective clinical study. *J Psychiatry Neurosci* 2005 ; 30 : 100-7.
 - 16) Kohli S, Fisher SG, Tra Y, et al. The effect of modafinil on cognitive function in breast cancer survivors. *Cancer* 2009 ; 115 : 2605-16.
 - 17) Ferguson RJ, Ahles TA, Saykin AJ, et al. Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psychooncology* 2007 ; 16 : 772-7.

* * *

在宅ケア各論 第5回



せん妄と抑うつ

小川朝生

国立がん研究センター東病院
臨床開発センター精神腫瘍学開発部 室長

はじめに

はじめに「がん対策基本法」が施行され、がん医療に関連する心の問題や精神症状の重要性についても、次第に認知されるようになった。しかし、具体的に臨床の現場において、患者の何をどのよう評価すればよいのか、どのように対応すればよいのか、まだ十分に知られていないのが現状である。

本稿では、在宅の臨床において、高い頻度で遭遇する精神症状に関して解説し、望まれている対応についてまとめていきたい。

せん妄

●せん妄とはなにか

せん妄は、脳の器質的な脆弱性の上に、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。

●多彩な症状にまでわされないことが大事

せん妄は、幻視や妄想、興奮などの華々しい精神症状から二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様々である。

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。

※表1、2に代表的な基準であるDSM-IVのせん妄の診断基準とその症状を示す。

【表1】せん妄の診断基準(DSM-IV)

A	注意を集中し、維持し、転換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日のうちで変動する傾向がある

【表2】せん妄の代表的な症状

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: きょろきょろと落ち着かず目がおぼろ、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・家族の顔が分からない・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 場にとわれないことが多い
5	幻覚: 幻視が多い

●せん妄の頻度

一般の総合病院においては入院患者の20%、30%に認められ、進行・終末期になるに従って頻度は上昇する。在宅においても頻度は同じと考えられている。

●せん妄で何が問題になるのか

特に見落とさないでほしいことは、せん妄が患者家族に強い苦痛を与える点である。せん妄状態では、患者は

- ① 周囲とのコミュニケーションがうまくとれない。
- ② そのため、患者が困っていること、伝えたいことを周りに伝えられない
- ③ せん妄自体の体験も、非常に恐ろしい体験であるなどの苦痛を体験している。家族や医療者とコミュニケーションが取れるように支えることがせん妄のケアになる。せん妄状態で苦痛を「言えない」のであって、患者が「困っていない」わけではないので注意をしたい。

●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(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1)。

せん妄への対応

●環境調整

せん妄の誘発因子を除去することにより、症状の改善を図ることを目的に行う。入院と異なり、在宅の場合は親んだ環境で療養していることが多いので、環境調整は比較的整えやすい。具体的には睡眠覚醒リズムを回復させるように昼夜のメリハリをつけたり、見当識を容易に保てたりするようにカレンダーや時計を目につきやすいところに置く。

日中に覚醒を促すための働きかけを行う。ADLが保たれている患者であれば、散歩などを動かす活動を促す。ADLに関わらず、ROM運動等を行うことも工夫できる内容であり、在宅リハビリとも連携を取りたい。

●せん妄の原因の同定

せん妄への対応の基本は、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。

症状を評価するうえで忘れてはならないのは、疼痛を見落とさないことである。せん妄状態で疼痛を正確に伝えられない場合も多い。患者からの訴えを待つだけでは疼痛の有無の判定はできない。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っ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。

薬物療法

せん妄治療の原則は原因となる身体的要因の除去と同時に、ほとんど場合、薬物療法を併用する。

せん妄の病態は、薬理学的には神経伝達物質の調節不全であり、抗精神病薬を用いる。せん妄は不安・興奮を伴うことから、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬剤(たとえば、デパスやセルシン、レンドルミン)や抗ヒスタミン薬(アタラックスP)を処方しがちであるが、抗不安薬や抗ヒスタミン薬はせん妄を悪化させるために単独使用は避ける。

従来から、ブチロフェノン系抗精神病薬であるハロペリドール(セレネース)が頻用されてきた。しかし、錐体外路症状の発現率が高いことから、経口投薬が可能な場合には非定型抗精神病薬が好まれている。

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(ジブレキサ)、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(いずれも保険適応外)。リスペリドンには液剤が、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用いやすい。

●家族に説明する

また、せん妄症状を呈した患者を見て、家族が動揺することも多い。せん妄が身体原因で生じる症状であること、薬物療法を中心に治療内容を説明するとともに、家族のつらさを理解して声かけを行う。在宅でせん妄状態をフォローできるかどうかは、家族の理解と協力が欠かせない。

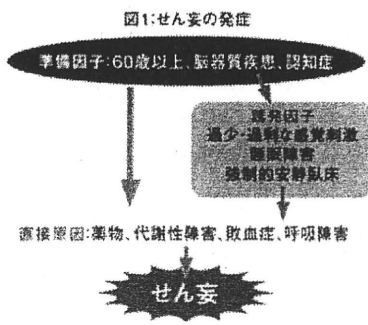
抑うつ

●抑うつ状態

抑うつ状態はがん種にかかわらずあらゆる時期に出現する。わが国の有病率調査では、大うつ病は5〜15%で、適応障害が4〜35%であった¹⁾。入院・在宅を問わず、がん医療において抑うつ状態の診断・治療の重要性が繰り返し指摘される背景には、いくつかの要因がある。

(1)抑うつ状態が一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

がん患者の場合、身体治療中であることから、



患者自身も医療者も抑うつ状態に伴う身体症状をがんに付随する症状や治療に伴う有害事象として捉えてしまい、抑うつ状態が見落とされる。また、抑うつ状態は喪失体験に伴う心理的反応に伴って出現することが多い。そのため、「喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の知識不足による過小評価、医療者が精神症状の評価をためらうことにより、抑うつ状態が見落とされがちである。

(2) QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQuality of Life(QOL)の低下を招くと同時に、うつ病の症状である無価値感や自責感により治療を拒否することを通して、身体治療にも影響する。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。

(3) 器質的な原因が重畳すること

がん患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連に注意が向きがちであるが、同時に原疾患による脳転移やparaneoplastic syndrome(腫瘍随伴症候群)、高カルシウム血症、医原的な要因の強い薬剤性(ステロイドやインターフェロン、抗悪性腫瘍薬、降圧薬)や全脳照射も抑うつ状態を引き起こす。抑うつ状態を評価するときには、治療内容の変化との時間関係、治療効果、今後の治療計画を総合的に評価する。

(4) 疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されている。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念慮を生じうる。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要である。

(5) 高齢がん患者の抑うつ状態

高齢者の抑うつ状態は、若年者と異なり認知機能の低下(記憶力の低下、集中困難)、身体不定愁訴を訴えることが多い。高齢者の場合、身体症状の評価においては、常に背景に抑うつ状態があることを意識した評価が重要である。

スクリーニング

臨床の現場においては、まず患者に心身を問わず困ったことや悩んでいることについて話をしてもよいことを伝えるとともに、開かれた質問を用いて質問を促してもよい(たとえば、「病気のことや症状のことですらうかと思われる、心配なことはありませんか」など)。その上で、専門的なケアが必要かどうか重症度を評価する。特に注意をしたものは希死念慮である。たとえば「つらくて仕方がなくて、生きていても仕方がない、このまますべてを終わりにさせたいと感じたりしませんか」など

直接確認する。

また、問診や普段の声かけの際に「普段当たり前のようになっていることができなくなったり、困ったりしていませんか(興味・関心の喪失)や「気持ちが落ち込んだり、ため息をついたくなるような気持ちが続いたりしていませんか(抑うつ気分)」と尋ねることも重要である。

抑うつ状態への対応

うつ状態への治療は、薬物療法と支持的療法を組み合わせて行う。医療スタッフからの心理的な支援が、がん患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護師を交えたチームとして患者を支える体制を構築する。

精神的なケアの基本は、患者の体験を尊重し、批判したり安易に励ましたりせず、まずは受容的に接することである。その上で抗不安薬を少量から開始する(アルプラゾラム(ソラナックス) 0.412mg/日分2~3、エチゾラム(デパス) 0.515mg/日分2~3)。抗不安薬で改善が図れない場合には、抗うつ薬を用いる。抗うつ薬は多様であり、実際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価した上で副作用管理も踏まえた選択を行う必要がある、可能な限り精神腫瘍医など専門家に相談しながら進めるのが望ましい。

医療者間のコミュニケーション

小川 朝生*

はじめに

がん医療において、質の高い医療を提供するためには、主観的なQOLを重視することは言うまでもないことである。それに加えて、患者・家族の意向を尊重するために、医療者-患者間のコミュニケーションが重要であることが指摘され、他稿で述べられているようにSHAREなどのプロトコールが推奨されるようになってきた。

患者・家族の意向に沿ったケアが提供されるためには、あたり前ではあるが、疼痛管理など基本的な症状緩和やケアが提供されていることが前提である。がん医療は多様な専門分野が絡み、高度な集学的治療が提供される必要があり、そのためには複数の医療者が参加し、各職種が連携して情報を共有し、実践していかなければならない。それには、医療者間のコミュニケーションが必須である。しかし、医療者どうしてコミュニケーションを図ることは患者・家族と図るのとは次元が異なるむずかしさがある。ここでは、医療者間のコミュニケーションがしばしば問題となる「わるい知らせ」が伝えられる場面を中心に、その問題について考えてみたい。

わるい知らせとコミュニケーションの質

わるい知らせの伝え方が重要とみなされる背景には、患者が非常にストレスの高い状況の中で伝えられる情報が、生命にかかわる内容を含んでいることに加え、そのインパクトが大きいゆえに、いかに配慮をして伝えられるかが問題になってきたことがある。そのためにSPIKESやSHAREが開発され、その有効性が検討されてきている。

わるい知らせをどうして伝えなければいけないかを考えると、それは治療方針を決定する上で、患者の意向を尊重し反映させるためである。しかし、コミュニケーションはその伝え方だけが重要なわけではない。治療方針の決定には、告知の有無や伝え方も影響するが、同時に何を伝えるのかとそれにかかわる関係者への影響を把握しなければならぬ。全体をとらえてそのバランスに配慮しながら質を向上すること、すなわちコミュニケーションの質(quality of communications)に配慮することが求められる。

このようなコミュニケーションの質を評価することはむずかしい面があるが、その全体を把握するためには、そのコミュニケーションにかかわる患者および医療者を考える必要がある。患者の立場に立てば、コミュニケーションの内容についても患者の意向を尊重することが重要になるが、どのようなコミュニケーションが患者の意向の尊重につながるのかは患者によって多様である。また、日本においては、患者がすべての治療方針を決めることを望んでいることは少なく、中にはまったく意向を表示しない、あるいは考えたくないという場合もある。

*Asao OGAWA : 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

また、医療者側の視点も必要である。治療方針を決めるに際して、その医学的適応の有無や治療内容の説明で担当医を中心とする医療者が大きな裁量権をもっていることは事実である。治療方針を決めるに際しても、まず、今後どのようなことが生じうるのかを知らされなければ、そもそも意向を示す機会が必要であるとの認識が生じない。また、治療内容等についての説明でもその情報が偏った(過度の積極的治療を勧めたり、差し控えを迫ったりするなど)ものであれば、患者の意向が好ましくない影響を受ける可能性がある。わるい知らせを伝えるコミュニケーションがSPIKESやSHAREに則ったものであったとしても、その裁量権に対する適切な指針はまだなく、現在の状態をどのように説明するのか、治療の利点、欠点をどのように説明するのか、また患者の意思表示についても判断の一切を任せるのか、ある程度の大まかなところを決めることを勧めるのかなどさまざまな選択肢があり、そのどれを選ぶかによって意向や現場の判断が変わる可能性がある。

このようにコミュニケーションの質を高めるためには、①わるい知らせを伝えるためのコミュニケーションの方法、に加えて、②公正でわかりやすい(法的にも倫理的にも正当な)病状の説明と選択肢の提示、③意思決定に向けた公正な手順の確立、そのための支援が必要になる。

わるい知らせと医療者間の葛藤

わるい知らせを伝える際に、どこまで伝えるのか、患者の意向を尊重しつつもその裁量のかなりの部分が医療者側に委ねられていることは事実である。医療者は患者がどのような情報提供を望んでいるのか、治療方針を決定する上でどこまでの情報が最低限必要なのか、その情報をどのように伝えるのかを探りつつコミュニケーションを図らなければならない。患者の意向の表示があいまいな場合も多く、担当医に十分に伝わっていない場合も多い。このような医療現場の情報は、各職種がそれぞれ独自に把握しているものの、職種を越えてつなぎ合わせるものが少なく、そこに職種間のずれを生じることがある。

たとえば、わるい知らせに関して考える。担当医が患者に対して、わるい知らせを伝える場合には、患者が数値での予後告知(たとえば6ヵ月など)を望んでいないために

予後告知はしないと判断した場合がある。一方、担当する病棟スタッフは、患者が数ヵ月後に予定されている娘の結婚式に間に合うかどうかを懸念していることを知った。この場合、担当医と病棟スタッフで情報が共有されていないためにその判断にずれが生じていると考えられる。

患者とのコミュニケーションの質を高めるためには、コミュニケーションの方法に加えて、適切な病状の説明が必要である。この場合では、患者の懸念の解決に焦点をあてた予後の告知(数値までは望まないが、少なくとも娘の結婚式に間に合うかどうかの判断はできるレベルの情報の提供)は望まれるだろう。

このような情報の偏在は多職種で協働するチームではしばしば遭遇する問題である。チームが機能するためには、「介入の全体像を把握することが必要であり、そのためには、チームメンバー間の知識の差を埋めるとともに各人が得た臨床現場の情報、おのおののスキルをチームで共有することが必要」であり、この作業をナレッジ・マネジメントという。ナレッジ・マネジメントは、医療チームの目的を共有し、役割を明確にするために必須の活動であり、知識・情報を共有するための機会やしゅきが必要になる。これは施設レベルではキャンサー・ボード、各病棟ではカンファレンスなどとして制度化されている。その場を機能させるためには、各メンバーの積極的な参加と協調が必要となる。臨床現場において、診療科や各職種をまたぐ意見交換がむずかしい背景には、合理的な解決方法を探るための議論(ディスカッション)と感情的な非難が区別されにくい点がある。これは臨床現場が多職種によるチーム医療に慣れていないこともある。各職種の視点と役割を越えて意見交換を進めることは、お互いの努力と熱意が必要である。時には感情的な対立を交えたやりとりになりがちなむずかしい意見交換を進めるためのポイントとしては、表1のような項目が提案されている。

どのようなコミュニケーションに関してもあてはまることではあるが、気持ちよく話し合うための場所を意識し、負担のかからないわかりやすい言葉を用いる。その上で、批判や批評をするのではなく、知識や現場の情報などお互いの認識を共有しあうところから進めていきたい。

▼表 1 医療者間でのむずかしいやりとりを行うために

- 1) 顔を合わせる事。
- 2) 話しあうのに快適な場所と時間を選ぶこと。
- 3) 適切な時間を選ぶ。怒っているときや混乱しているときに対立したり、食ってかかってはいけない。なぜなら、感情が明確な議論を聞けなくしたり、提示したりできなくなってしまう、解決策を見つけれなくなるからである。
- 4) 話す内容が重要な内容であることを強調し、問題点をはっきりとさせる。
- 5) 明瞭で簡潔な言葉で問題を示す。個人的な攻撃や明らかな批評はしない。たとえ話やすでに示されているエビデンスを示し、もしも可能であれば、いつもあなたの論点の中核として患者の利益を考えて提案する。
- 6) 相手が答えたり、その状況に関する意見を述べられる機会を作る
- 7) 仲間の意見を進んで聞くようにし、関心や心配に進んで答えるようにする。
- 8) 謝罪を求めてはいけない。かわりに行動を変えることへの意見が一致することを期待する。

●文 献

- 1) 小川朝生：医療者間のコミュニケーション。続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル(内富庸介、藤森麻衣子編)、149-165頁、医学書院、東京、2009
- 2) Heaven C, Green C: Good communication: patients, families, and professional. Palliative Medicine (Walsh D, ed), WB Saunders, Philadelphia, 2009

みえる人体＝構造・機能・病態

●監訳 佐藤達夫／松尾 理

ビジュアルにすぐれたCG・イラスト・写真を多用し、人体の仕組みをオールカラーでわかりやすくかつ詳細に解説。器官系ごとの章立てで、生理学・解剖学の基礎的解説から身体各部に関連する様々な疾患までを網羅した。見開き2頁のダイナミックなイラストで、人体の仕組みが手に取るようにイメージできる。

■A4変型判・256頁 2009.10. 定価4,725円(税込)



がん治療中の患者の精神症状

白井 由紀* 梅澤 志乃# 小川 朝生* 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
#国立がんセンター中央病院 看護部

はじめに

がん患者はがんの診断から治療の各段階を通してさまざまな精神的苦痛を経験する。精神的苦痛を抱えた患者のケアでは、患者の認識や気がかりを明確化し、それに対するサポートをおこなうことが基本となる。しかし、そういったサポートだけでは援助が困難で、何らかの精神医学的介入が必要な精神症状もある。本稿では、とくに頻度の高い「抑うつ（適応障害、大うつ病）」と「せん妄」について、その症状と治療及び看護について述べる。

1. 抑うつ（適応障害、大うつ病）

1) 事例紹介

Aさん 40歳代 女性 乳がん（II B期）
夫、長男（中学2年生）、次男（小学5年生）の4人家族

2) 症状

右乳房のしこりに気づき総合病院を受診し、乳がんと診断される。乳房切除術（右乳房全摘+腋窩リンパ節郭清術）を施行される。T2N1M0, Stage II Bと診断が確定する。術後化学療法が施行されるが、強い嘔気悩まされる。そのころより、再発に対する強い不安感、気分の落ち込み、家事が手につかない、食欲がない、夜眠れないなどの症状が出現するようになる。

3) 臨床におけるスクリーニングと診断

抑うつは、がん種を問わず、また、がん治療のあらゆる時期に出現する。わが国ではがん患者の5~15%が大うつ病を、4~35%が適応障害を発症することが報告されている。しかしながら「気分の落ち込みは仕方がないこと」という医療者側の過小評価や、抑うつ状態

に伴う身体症状をがんの症状や治療の有害事象と誤認するなど、抑うつが見過され、対応が遅れることがある¹⁾²⁾。National Comprehensive Cancer Networkのガイドラインでは、がん患者全員に対する精神症状のスクリーニングを推奨している。身体的に重篤な場合が多いがん患者には、簡便なスクリーニングツールの使用が望ましく、Visual Analog Scale（以下、VAS）やつらさと支障の寒暖計（図①）³⁾、また、「調子はいかがですか？」「気分の落ち込みが一日中続いているようなことはありませんか？」など、ワンクエスチョンインタビューが用いられる⁴⁾。診断には米国精神医学会の診断基準（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition:以下、DSM-IV）が用いられる（図②）⁴⁾。

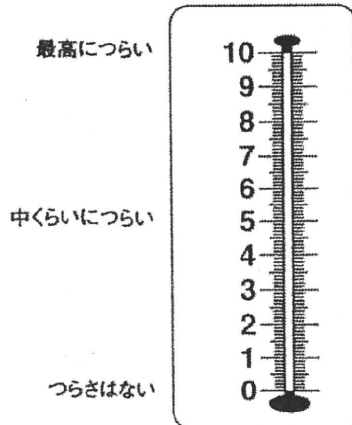
Aさんは外来通院中に、つらさと支障の寒暖計を実施され、気持ちのつらさが8点、生活支障度が8点であった。「こんなに（嘔気）つらいと思いませんでした。（治療を）止めては駄目ですか…」という言葉も聞かれた。外来看護師の薦めにより精神科を受診し、適応障害（不安・抑うつ）と診断された。

4) 治療

抑うつの治療は、薬物療法と支持的精神療法、ときに認知行動療法を組み合わせでおこなわれる。支持的精神療法、認知行動療法の詳細については紙面の都合上割愛させていただく。薬物療法としては、眠気やふらつきに注意しながら

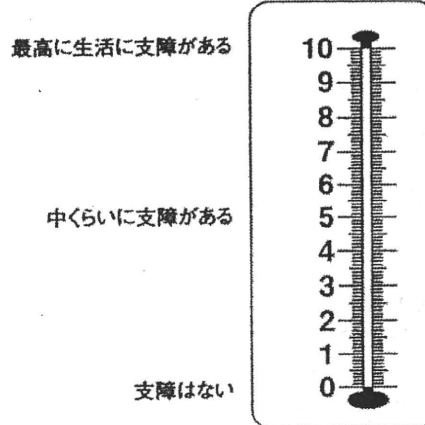
1. この1週間の気持ちのつらさを平均して寒暖計の中の最も当てはまる数字に○をつけて下さい

気持ちのつらさ



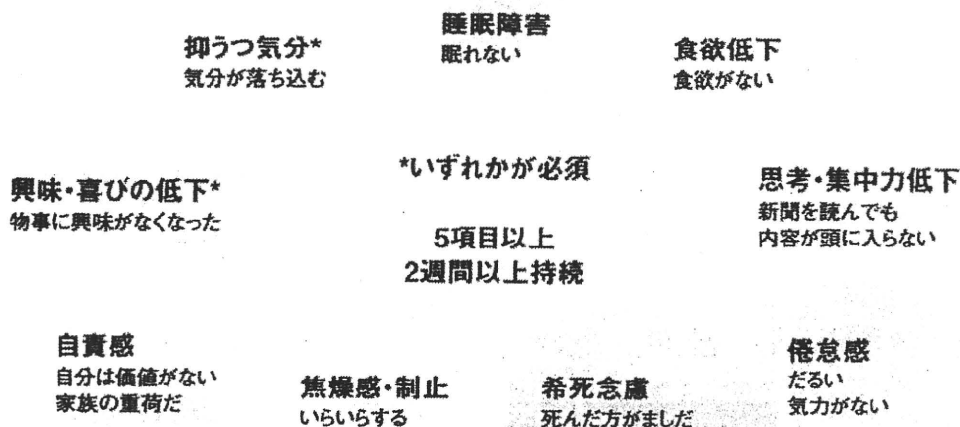
2. その気持ちのつらさのためにこの1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？

生活支障度



図① つらさと支障の寒暖計

(Akizuki N et al, 2005*より改変引用)



図② DSM-IVによる大うつ病の診断

(DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 2002⁹⁾)

表① 抑うつ状態の患者への看護(例)

アセスメント	
現病歴	現病歴の聴取
身体症状	身体症状(疼痛, 倦怠感, 嘔気, 不眠など)のアセスメント
精神症状	精神症状(不安感, 緊張感, 焦燥感, 注意力低下など)のアセスメント
心理社会的側面	家族歴(誰と暮らしているか, 誰からサポートを得られるか), 生活歴(養育歴, 教育歴, 職業歴, 婚姻歴など), 病気への理解, 病気の影響(病気によって引き起こされた問題は何か), 趣味・宗教, 精神科既往歴についてのアセスメント
ストレスナー	疾患, 身体症状, 身体的感覚の剥奪(絶食, カテーテル類など), 入院環境(安静, 面会制限など), 経済・社会的問題(医療費, 失業など)の同定
適応力	パーソナリティ, ストレスに対する対処法(克服型, 回避型, 依存型, 合理型)などから患者の適応力をアセスメント
介入	
ストレスナーの除去	身体症状の緩和, 身体的ケア, 環境の調整
適応力の支援	知識の提供, 支持的ケア(積極的傾聴など), セルフコントロール感覚の強化, サポートシステムの構築
服薬指導	薬物療法(抗うつ薬など)に対する認識の確認, 自己判断による休薬の禁止 【抗うつ薬】作用に先立って副作用が出現する可能性があること, 効果発現までに2~4週間かかること, 症状改善後もしばらく継続し, 安定した状態が継続した後に漸減, 中止することを説明

ら, 抗不安薬を少量から開始する(アルプラゾラム(ソラナックス[®])0.4~1.2mg/日 2~3回分服, エチゾラム(デバス[®])0.5~1.5mg/日 2~3回分服), 抗不安薬で改善が図れない場合には, 抗うつ薬(パロキセチン(パキシル[®]), セルトラリン(ジェイゾロフト[®]), ミルナシブラン(トレドミン[®])などを副作用プロファイルと患者の苦痛を考慮しつつ用いる。しかしながら, 抗うつ薬は多様であり, とくに, がん患者の場合, 身体症状の評価や治療薬との兼ね合い

など, 薬剤選択には慎重を期さなくてはならない。そのため, 可能な限り専門家(精神腫瘍医など)に相談しながら進めることが望ましい。

Aさんには, 嘔気軽減と不安の緩和を目的としてアルプラゾラム(ソラナックス[®])1.2mg/日 3回分服が処方された。不眠に対してはフルニトラゼパム(ロヒプノール[®])1mgが処方された。精神科は併診とし, 精神症状の評価の継続および精神療法が実施されることとなった。

5) 看護

抑うつ状態の患者への看護の例を表①にまとめた。

がんの診断を受けた患者は, 自身の健康や「当たり前」の日常を喪失した悲しみ, 身近に感じる死の恐怖に曝される。たとえ手術でがんが取り除かれたとしても, つぎは再発の不安と向き合わなくてはならない。治療に伴う嘔気などの身体症状はそういった精神的負担を誘引または増強することがある。看護師は患者の現病歴の聴取や身体症

状および精神症状のアセスメントをおこなう。また、心理社会的側面(家族歴、生活歴、病状の理解度、病気によって引き起こされた問題など)や患者のパーソナリティ、これまでのストレスに対する対処法のアセスメントにもとづき、患者の精神状態を引き起こしたストレスラー(疾患、身体症状、入院環境、経済・社会的問題など)の探索および患者の適応力を評価する。評価にもとづき、ストレスラーの除去(身体症状の緩和、身体的ケア、入院環境の調整など)と適応力を支えるための介入(支持的ケア、サポートシステムの構築、情報提供、セルフコントロール感覚の強化など)をおこなう。また、薬物療法の際には、患者の薬物療法(抗うつ薬など)に対する認識の確認や服薬指導(軽快したように思えても症状が再燃することがあるため、自己判断による休薬はおこなわないこと、抗うつ薬は急に止めると一時的にめまいなどの症状が出ることもあるため、抑うつ症状改善後も量を減らしながらしばらく飲みつづける必要があることなど)を薬剤師と適宜相談しながらおこなう。

看護師は、Aさんの悩みを積極的に傾聴し共感的に接することでAさんとの関係性の構築に努めた。Aさんからは、がん治療中の強い嘔気や倦怠感のために息子の世話が十分にできなくなり、母親としての役割を果たせなくなっていることへの自責の念、自身の悩みを誰にも打ち明けられないつらさが話された。そこで、嘔気などの身体症状の積極的緩和に努めると同時に、Aさんの健康な側面を強化する働きかけ(子育ての話、趣味の話など)をおこない、今後のカウンセリング(つらさを打ち明ける場所)の継続を保証するとともに、Aさんの病状や家でAさんに対する家族の認識について家族から話を聞き、家族のサポートが得られるよう調整を試みた。現在、Aさんはアルプラゾラム(ソラナックス®)の内服と2週

間に1度の精神科受診をしながら、外来治療を継続している。「以前は、自分がしっかりしなくちゃと気を張っていましたが、息子達が進んで食事の片づけをしてくれたり、夫も私の話を聞いてくれるようになったり、家族に少し甘えてもいいのかなと思えるようになりました。」と表情は明るい。

2. せん妄

1) 事例紹介

Bさん 70歳代 男性 肺がん(Ⅳ期)

2) 症状

持続する咳と痰に加え呼吸苦が出現し、総合病院を受診した。肺がん(Ⅳ期)と診断され、化学療法目的で入院となる。化学療法開始後1週間目の朝から39度台の発熱がみられた。また、夕方からそわそわ落ち着かない様子がみられた。夜間トイレに立ったところ自室がわからなくなり、廊下で立ち尽くして

いた。看護師の問いかけに対してつじつまの合わない返答が聞かれたため、精神症状の評価目的で精神科に紹介受診となる。

3) 臨床における診断

表②⁹⁾にせん妄の診断基準(DSM-IV)とおもな症状を示した⁹⁾。

せん妄は、何らかの身体的な負荷により、脳活動が障害されたために生じる意識障害である。せん妄の症状は、幻視や妄想、興奮などの華々しい精神症状から、不安・焦燥感を訴えて夜間落ち着かなくなるように、一見すると気づかずに見過ごしてしまうような症状まで多彩である。そのため、臨床ではせん妄をストレス性の精神症状や性格などと誤解されることがしばしばある。せん妄に気づくためには、昼夜逆転がないかどうか、日常会話が成立する程度の一般的な注意力が保たれているかなど、目立ちにくい変化を意識的に把

表② DSM-Ⅳによるせん妄の診断とおもな症状

DSM-Ⅳ 診断基準	臨床場面で現れる症状
注意集中、維持、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)	会話のつじつまが合わない 場当たり的な返事をくり返す ベッドの周囲が乱雑で整理できない 周囲の状況が理解できない様子で困惑している 声をかけないとすぐに寝てしまう
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	直前のことを思い出せない 同じ質問をくり返す 指示を理解できずにとまどっている 病院と家を間違えている 朝と夕方を間違える 人がいないのに「人がいる」と言ったり、話しかけるようなそぶりをみせる 虫もいないのに、虫をつまむようなくさをする
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日のうちで変動する傾向がある	午前中はしっかりと会話できていたのに、夕方あたりからそわそわと落ち着かなくなる 面会者が帰ると、落ち着かずに自室の中をうろうろする 夜になると「家に帰る」とくり返す、トイレに頻回に行く 点滴を絡ませてしまう、抜いてしまう
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	症状の出現に前後して、感染や脱水など身体的変化がある 症状の出現前に、薬剤を変更している

(小川朝生ほか, 2008⁹⁾)

握するよう努めることが肝要である。

4) 治療

せん妄は、①準備因子：せん妄の本態である脳機能低下を起こしやすい状態（高齢、脳血管障害の既往など）②誘発因子：直接原因ではないが、せん妄の発症を促進・重篤化・遷延化する要因（環境変化、睡眠・覚醒リズムの障害、治療上の身体拘束、強制臥床、不快な身体症状など）③直接原因：せん妄そのものの原因（薬物、脱水、低酸素、感染症など）、の大きく3つの要因から生じる。「入院による心理的ストレスが原因でせん妄が起こった」としばしば誤解されるが、せん妄の発症には必ず③直接原因が存在することを覚えておきたい。

せん妄の治療の原則は、負荷となっている要因を同定し除去することとなる。直接原因に対する治療と並行して、

薬物療法もおこなうことがほとんどである。薬物療法としては、抗精神病薬が用いられる。せん妄は不安・興奮を伴うことから、鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬剤（エチゾラム（デパス[®]）、ジアゼパム（セルシン[®]）、プロチゾラム（レンドルミン[®]）など）や抗ヒスタミン薬（ヒドロキシジンバモ酸塩（アタラックスP[®]））が処方されがちであるが、これらの薬剤はせん妄を悪化させる危険が高いため、単独使用は避けたほうがよい。抗精神病薬の使用に際しても、前述のようにがん患者では身体症状の評価や治療薬との兼ね合いなど、薬剤選択には慎重を期さなくてはならない。そのため、可能なかぎり専門家（精神腫瘍医など）に相談しながら進めることが望ましい。一般的にはハロペリドール（セレネース[®]）が頻用されるが、有害事象である錐体外路症状の発現率が10%程度と高い。そのため、経口投

与が可能な場合は、錐体外路症状の発現率の低い非定型抗精神病薬（リスペリドン（リスパダール[®]）、フマル酸クエチアピン（セロクエル[®]）、オランザピン（ジプレキサ[®]））が通常用いられる。抗精神病薬は、その認知改善作用が発現するまでには数日かかるため、せん妄症状が改善してからも数日から1週間程度は用量を維持し、その後徐々に漸減していく。

Bさんの症状は、感染・発熱がおもな原因と考えられるせん妄と診断され、抗生物質・抗菌薬投与による感染コントロールおよび非定型抗精神病薬であるフマル酸クエチアピン（セロクエル[®]）50mgの内服が開始された。

5) 看護

せん妄を呈する患者への看護の例を表④にまとめた。

せん妄による幻視や見当識障害、不

表④ せん妄を呈する患者への看護（例）

アセスメント	
せん妄の要因	せん妄の要因のアセスメント ①準備因子：せん妄の本態である脳機能低下を起こしやすい状態（高齢、脳血管障害の既往など） ②誘発因子：せん妄の発症を促進・重篤化・遷延化する要因（環境変化、睡眠・覚醒リズムの障害、治療上の身体拘束、強制臥床、不快な身体症状など） ③直接原因：せん妄そのものの原因（薬物、脱水、低酸素、感染症など）
介入	
要因の除去	要因に対する治療の確実な遂行 薬物療法の効果のモニタリング 環境的介入 照明の調整：昼夜のめりはり、夜間の薄明かり 日付・時間の手がかり：カレンダー・時計を置くなど 眼鏡・補聴器の使用 親しみやすい環境の整備：家族の面会、自宅で使用していたものを置くなど リオリエンテーション 場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるような手助け 活動と休息（睡眠）のバランス 日中の適度な刺激と夜間の睡眠確保のための環境整備
危険行動の評価 安全確保・安心感の提供	せん妄による行動の危険性の評価 頻回の訪室 環境整備（危険物を除去する、ベッドの高さを一番低い位置にする、など）
家族への適切な説明	家族の認識や希望の把握 家族が抱く感情に対する理解 家族が状況を理解できるような説明（せん妄が心理的ストレスではなく身体疾患や薬剤によって起こる一時的な症状であること、原因の治療と並行してせん妄症状に対する薬物治療をおこなっていく必要があること） 家族との言語的・非言語的コミュニケーションの重要性の説明

安・焦燥感は患者に強い苦痛を強いる。また、せん妄による注意判断力の低下が事故を誘引したり、症状評価が困難になることによる対応の遅れ、重要な治療選択における意思決定能力の障害など、臨床場面において非常に深刻な問題を引き起こすこともしばしばである。看護師はせん妄による行動の危険性を評価し、危険物の撤去や頻回の訪床をおこない、患者の安全の確保に努める。また、せん妄の治療と並行してせん妄誘発因子の除去をおこなう。具体的には、昼夜の照明のめりはりをつける、見当識を保てるようにカレンダーや時計を傍に置く、眼鏡や補聴器の使用を勧める（普段使用していた場合）、家族の面会を促す、自宅で使用していたものを置く、など親しみやすい環境を整えるといった環境的介入をおこなう。また、せん妄症状を呈した患者を見て家族が動揺したり、心理的ストレスが原因でこんな風になってしまったと考えたりすることがしばしばある。看護師は、せん妄が心理的ストレスではなく身体疾患や薬剤によって起こる一時的な症状であること、原因の治療と並行してせん妄症状に対する薬物治療をおこなっていく必要があることを家族に説明する。また、家族の動揺や不安に理解を示すことも重要である。入

院初期に患者の生活歴聴取を丁寧におこなうことで、現在の症状が通常の反応なのか、せん妄による症状なのかを判別することが可能となるため、患者の生活歴聴取は意識的におこないたい。

看護師は、ベッドの高さを一番低い位置にする、ハサミ類など危険物は家族に持ち帰ってもらうなど、Bさんの安全確保に努め、頻回の訪室・見守りをおこなった。また、Bさんの状況について家族の認識を確認し、「お父さんが変になってしまった」と戸惑う家族の心情に理解を示したうえで、せん妄が治療による負荷や発熱によって起こっていること、薬物療法を中心に環境調整などをおこない治療にあたることを説明し、家族の協力をあおいだ。感染コントロールおよびフマル酸エチアピン（セロクエル®）50mgによる薬物治療に加え、日中は家族が交代で面会に来るなどBさんが安全安楽に過ごせるよう環境調整がおこなわれた。Bさんは夜間の睡眠が可能となり、解熱とともに言動も明瞭となり、せん妄症状は徐々に消退した。

おわりに

がん治療中の患者が抑うつやせん妄などの精神症状を発症することによる

問題は大きい、がん治療の遂行が困難になること、患者の意思決定能力の低下、患者のQOLの低下など、どれも重大な問題である。看護師は医師、心理職、薬剤師など他の医療者と協働し、精神症状の予防、早期発見、治療に努め、患者の不利益を最小限にするようケアにあたることが重要である。

文献

- 1) Wilson G *et al*: 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネジメント。緩和医療における精神医学ハンドブック。内富庸介 監訳。星和書店、東京、2001。pp.29~53
- 2) Passik SD *et al*: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-1600. 1998
- 3) Akizuki N *et al*: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29: 91-99. 2005
- 4) DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き。高橋三郎ほか 監訳。医学書院、東京、2002
- 5) 小川朝生ほか: がん終末期の精神症状とその対策—サイコオンコロジーの役割—*外科治療* 99: 566-573. 2008

がんチーム医療における コミュニケーション・スキル

白井 由紀*# 小川 朝生#

*東京大学大学院医学系研究科がんプロフェッショナル養成プラン
#国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

がん医療は多様な専門分野がからむ複雑な領域である。患者や家族へのケアの向上には各職種が連携して情報を共有し、ケアの方向性を確認したうえで実践することが必須である。本稿ではまず、チーム医療について概説する。つぎに、「わるい知らせを伝える」場面に着目し、がんチーム医療を実践するためのコミュニケーション・スキルおよびがんチーム医療における看護師の役割について述べる。

1. チーム医療とは

1) チームの条件

「チーム」という言葉は意識されずに用いられがちである。一般に、チームとは「目的・目標をもち、ルールや決まりごとを備え、その目的・目標を成し遂げる能力がある人が集まった状態」である¹⁾。がん医療における「緩和ケアチーム」はその代表的な例である。質の高い緩和ケアの実施を目標とし、身体症状緩和担当医師、精神症状緩和担当医師、専従看護師、専任薬剤師をコアメンバーとし、心理療法士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの専門職がかかわることもある。チームは一度組織化されると、メンバー同士による相互作用・協働作業をつうじて、さまざまな成果を生み出すことができると考えられる。

2) チームワーク

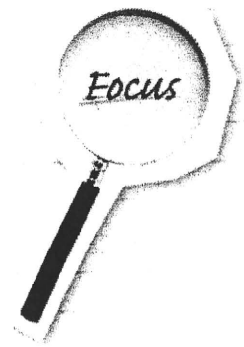
チームワークとは、チームの目標達成に必要な協働作業を支えるために、メンバー間で交わされる対人的相互作用である。各メンバーが自分に与えられた役割・

責任を果たすだけでは、その成果は個人の成果の総和でしかなく、「チームの成果」とはいえない。個人の成果の総和以上の、チームとしての成果を生み出すためには、チームワークが必要不可欠となる。

2. チーム医療を実践するためには

1) がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル

チームによるかかわりは、がん医療のさまざまな場面で重要となる。その一つに「わるい知らせを伝える」ことがある。わるい知らせとは「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されている²⁾。がん医療においては、難治がんの診断や再発、抗がん治療の中止といった知らせが含まれる³⁾。わるい知らせは患者にとって非常に強い心理的打撃となり、わるい知らせの伝えられ方がその後の患者の適応にかかわることが明らかとなっている⁴⁾。それゆえに、慎重かつ適切な伝え方をチームで検討することが求められる。医療者は患者がどのような情報提供を望んでいるのか、治療方針を決定するうえでどこまでの情報が最低限必要なのか、その情報をどのように伝えるのかを探りつつコミュニケーションを図らなければならない。このような医療現場の情報は、各職種がそれぞれ独自に把握しているものの、職種を超えてつなぎ合わせることが少なく、チームとして患者情報の把握が不十分のまま、わるい知らせを伝えることも少なくない。また、医療チームは専門職が集まったチームであるがゆえに、各メンバーの技量が専門化して互いに理解がむずかしいことや各専門分野に関する量的・質的



な知識の差が存在することも、チーム医療を困難にする要因である。このような情報や知識の偏在は、多職種で協働するチームではしばしば遭遇する問題である。

チームが機能するためには、介入の全体像を把握することが必要であり、そのためには、チームメンバー間の知識の差を埋めるとともに、各人が得た臨床情報、各々のスキルをチームで共有することが必要であり、この作業を「ナレッジ・マネジメント」という。ナレッジ・マネジメントは、医療チームの目的を共有し、役割を明確にするための必須の活動であり、知識・情報を共有するための機会やしくみが必要になる。これは各病棟では「カンファレンス」として実施されているものである。カンファレンスを有効なものにするためには、各メンバーの積極的な参加と協調が必要となる。各職種の視点と役割を超えて意見交換を進めることは、時に感情的な対立を生むこともある。むずかしい意見交換を進めるためのポイントとしては、表①⁶⁾のような項目が提案されている。

2) がんチーム医療における看護師の役割

わるい知らせを伝える際のがんチーム医療における看護師の役割を3つの場面 (a.面談前 b.面談中 c.面談後) にわけて表②⁷⁾に示す。

a. 面談前

面談前には、前述したように患者にかかわる医療チームのメンバーによるカンファレンスの場がもたれることが望ましい。カンファレンスでは、患者・家族の病状認識、わるい知らせの伝えられかたに関する患者・家族の意向、患者・家族の生活に関する情報の共有をおこなう。さらに、治療の選択肢とそれぞれのメリット・デメリット、現状での課題や予測される問題点を検討したうえで、医療チームとしての推奨や提案をまとめ、チームとしての方向性を確認する。このプロセスにお

表① 医療者間でのむずかしいやりとりをおこなうために

- ① 顔を合わせること
- ② 話し合うのに快適な場所と時間を選ぶこと
- ③ 適切な時間を選ぶこと
(怒っているときや混乱しているときに対立したり、食ってかかってはいけない、感情が明確な議論を聞けなくしたり、提示したりできなくなってしまい、解決策を見つけられなくなるため)
- ④ 話す内容が重要な内容であることを強調し、問題点をはっきりとさせること
- ⑤ 明瞭で簡潔な言葉で問題を示すこと、個人的な攻撃や明らかな批評はしないこと、たとえ話やすでに示されているエビデンスを示し、もしも可能であれば、いつもあなたの論点の中核として患者の利益を考えて提案すること
- ⑥ 相手が答えたり、その状況に関する意見を述べられる機会を作ること
- ⑦ 仲間の意見を進んで聞くようにし、関心や心配にすすんで答えるようにすること
- ⑧ 謝罪を求めてはいけない、かわりに行動を変えることへの意見が一致することを期待すること

(Heaven C et al, 2009⁸⁾ より一部改変引用)

いて、看護師はチームの一員としてカンファレンスの場の設定や進行などのコーディネートをこなす。また、患者・家族の意向を踏まえて実際の面談がおこなわれるように準備する役割も担う。

b. 面談中

面談には可能なかぎり同席する。わるい知らせを伝える面談場面は、患者・家族にとってはもちろんのこと、医師にとっても苦痛を伴う。看護師は同席し、医師と患者・家族の両者から顔が見える位置に座り、必要時うなずいたりアイコンタクトをおこなうなど、両者が穏やかな雰囲気でもリラックスして話し合えるように心がける。さらに、以下の点に配慮する。①医師から適切な情報開示がおこなわれているかを確認する。②患

**表② わるい知らせを伝える際の
がんチーム医療における看護師の役割**

- | | |
|-----|---|
| 面談前 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療チームでのカンファレンスの場の設定や進行などをコーディネートする 2) 患者・家族の意向を踏まえて実際の面談がおこなわれるように準備する(日時の調整、プライバシーの守られる場の設定など) |
| 面談中 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 医師から適切な情報開示がおこなわれているかを確認する 2) 患者・家族の表情、姿勢、話し方などを観察し、患者・家族の理解は十分か、疑問点を聞いているかを確認する 3) 説明された情報に対する患者・家族の理解、疑問が整理できるように適宜言葉かけをおこない、不明な点について質問ができるように支援する 4) 患者や家族と事前に話をした内容で、患者・家族の意向が医師に伝わっていないと判断された場合は、必要時、患者・家族の意向を医師に代弁する 5) 必要時、説明に言葉を添えるなどにより、患者・家族と医師との対話を促進する |
| 面談後 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者・家族の心情を慮りながら、病状認識や意向、間違っ理解していることはないか、疑問はないかなどを患者・家族とともに明確化する。必要があれば患者・家族の意向を確認して、再度面談の場面を設定する 2) 継続的に心身の変化を見守り、不安や不眠、食欲低下、気分の落ち込みが強くないか、などに注意する。2週間以上持続する場合や、日常生活への支障が大きい場合は、専門家への紹介も検討する 3) 患者・家族の様子や理解度、意向などをカンファレンスで報告し、チームで共有する。患者・家族への支援の方向性について話し合う |

(田村恵子, 2006¹⁾より筆者作成)

者・家族の表情、姿勢、話し方などを観察し、患者・家族の理解は十分か、疑問点を聞いているかを確認する。③説明された情報に対する患者・家族の理解、疑問が整理できるように適宜言葉かけをおこない、不明な点について質問ができるように支援する。④患者や

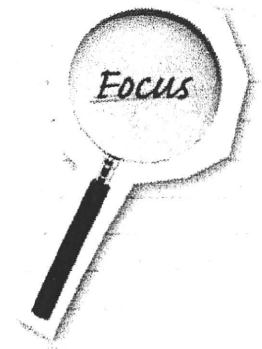
家族と事前に話をした内容で、患者・家族の意向が医師に伝わっていないと判断された場合は、必要時、患者・家族の意向を医師に代弁する。⑤必要時、説明に言葉を添えるなどにより、患者・家族と医師との対話を促進する。

c. 面談後

わるい知らせを伝えられた後は、状況を考慮しながらのフォローアップが重要である。わるい知らせを伝えられた直後は、患者・家族ともに通常の心の状態を維持することはむずかしい。看護師は患者・家族の面談中・後の表情や反応などを観察し、フォローアップの適切なタイミングを見計らうことが必要である。フォローアップでは、患者・家族の心情を慮りながら、病状認識や意向、間違っ理解していることはないか、疑問はないかなどを患者・家族とともに明確化していく。必要があれば患者・家族の意向を確認して、再度面談の場面を設定する。また、継続的に心身の変化を見守り、不安や不眠、食欲低下、気分の落ち込みが強くないか、などに注意する。2週間以上持続する場合や、日常生活への支障が大きい場合は、精神科医や心理職など、専門家への紹介も検討する。また、患者・家族の様子や理解度、意向などは必ずカンファレンスで報告し、患者・家族への支援の方向性についてチームで話し合う。

まとめ

チーム医療が円滑に機能することは患者・家族へのケアの向上に直結すると考えられる。逆を言えば、チームが有効に機能しなければ患者・家族へのケアの質は低下してしまう。専門や知識・認識の異なる多職種が協働することには努力や工夫が必要である。チームが有効に機能するためにチームの一員としてどのような役割を担うべきか、チーム医療における看護師の役割



を常に意識することが求められる。

-
- 1) 小川朝生：医療者間のコミュニケーション。続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル。藤森麻衣子ほか編。医学書院。東京。2009。pp.149-165
 - 2) Buckman R：Breaking bad news：why is it still so difficult？*Br Med J (Clin Res Ed)* 288：1597-1599。1984
 - 3) Fallowfield L *et al*：Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363：312-319, 2004
 - 4) Roberts CS *et al*：Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* (1 Suppl) 74：336-341, 1994
 - 5) Takayama T *et al*：Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med* 53：1335-1350, 2001
 - 6) Heaven C *et al*：Good communication：patients, families, and professionals. In：*Palliative Medicine*, ed by Walsh D *et al*. Elsevier Health Science. U S A. 2009, pp. 613-619
 - 7) 田村恵子：インフォームドコンセントにおける看護師の役割—どのように悪い知らせを伝えるか。がん患者と対症療法 17 (2)：26-31, 2006

特集

がん患者のサバイバーシップ

がんサバイバーの
リハビリテーション*

繁本 梢**
岡村 仁***

Key Words : cancer survivors, rehabilitation

はじめに

「がんサバイバー」とは1986年に米国で結成されたがんサバイバーシップ連合(The National Coalition for Cancer Survivorship)によって定義された概念であり、「がんと診断されたときから人生の最後までがんとともに生きるがん生存者」のことである¹⁾。がんの罹患率が年々増加してきている中、医療技術の進歩によってこの「がんサバイバー」も増加してきている。

がんは「慢性疾患の一つ」として捉えられてきており、がん患者はさまざまな治療法によりがんの治療を行いながら、それぞれの生活を送っている。私たちリハビリテーションスタッフは、がんと診断され治療を開始した早期から、積極的治療を終え症状緩和が中心となるターミナル期まで、その全過程を通して、患者それぞれが希望するその人らしい生活を支えていくことを目的にリハビリテーションを行っている。

がんサバイバーのリハビリテーションについて当院での実際の介入を紹介しながら報告する。

リハビリテーションの実際

1. 外科的治療前後のリハビリテーション
当院では現在、術前リハビリテーションとし

て、乳腺疾患・呼吸器疾患・消化器疾患の手術前の患者に対しては術前身体機能検査(基本動作・歩行能力検査)や術前指導(呼吸指導・排痰方法指導)をそれぞれの疾患のクリニカルパスにのっとして実施している。術前の身体機能の評価に加えて、患者の生活状況について確認しておくことにより、術後リハビリテーションの目標を設定し、患者個人の状況に合わせたプログラムを立案することができる。消化器外科手術では重篤な合併症がない限りにおいては術翌日より、乳腺外科手術(乳房全摘術/全摘術または部分摘出術と腋窩リンパ節郭清術を施行の場合)では術後廃液ドレーンの抜けた時期(平均5日)より理学療法士・作業療法士によるリハビリテーションを開始する。脳腫瘍などの脳外科手術後は、主治医に安静度を確認しながらまずはベッドサイドにて廃用予防のための関節可動域訓練・四肢のストレッチとともに坐位練習から開始する。どの疾患においても共通することとして、まずは早期離床を促し、手術前の生活になるべく近づけるように身体機能を改善させることが目標となる。この時期は治療を開始して間もない患者も多く、「がん」と診断されたことや、手術に伴うボディイメージの変化などにより患者自身が精神的に落ち込みやすい時期であることも十分考慮しておく必要がある。リハビリテーションを行うにあたって、患者が自分の疾患につい

* Rehabilitation for cancer survivors.

** Kozue SHIGEMOTO, OTR, MS: 広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門(☎734-8551 広島市南区霞1-2-3); Rehabilitation Department, Hiroshima University Hospital, Hiroshima 734-8551, JAPAN

*** Hitoshi OKAMURA, M.D., Ph.D.: 広島大学大学院保健学研究科

てどのように説明を受け、どのように認識しているかをまず始めに確認しておくことが必要である。また、現在そしてこれからの生活において患者や家族がどのようなことを不安に感じているかを把握し、不安を解消できるように情報提供を行うことが重要であると考えられる。

入院期間が短縮されている現在、入院中に行えるリハビリテーションの時間も限られている。そのため、入院中は認識されないが、退院後に日常生活を行う段階で何か問題が生じてくる可能性も考えられる。患者は再発・転移の不安を抱えながら数年から十数年と経過していくと言われており²⁾、患者が退院後に悩んだ際に相談できる場を提供すること、診察に行くタイミングを逃さないように伝えておくことも必要である。

2. 化学療法・放射線療法中のリハビリテーション

化学療法中は、悪心嘔吐、骨髄抑制、末梢神経障害など化学療法による副作用により体力低下をきたしやすい。リハビリテーションでは、化学療法中でも体調に合わせて離床を促し、軽負荷の運動療法や坐位での作業活動を行うことにより、廃用症候群を予防し体力・筋力の維持を目指す。特に乳幼児や高齢者では、治療中になかなか離床が進まず、治療後著明な廃用症候群をきたす場合も多いため、リハビリテーションスタッフが定期的に訪室し、患者が楽しめる活動を取り入れながら、少量ずつでも動くことを習慣化しておくことが重要である。

また、現在は入院だけではなく外来化学療法を行っている患者も多く、今後はさらに治療が外来の場に移行していくことが予想される。外来化学療法中の患者は、治療を行いながら自宅での日常生活を継続している。治療の副作用を抱えながら仕事や家事などを続けることは、患者にとって大きな負担となっている場合もよくある。寺田は、「がん患者自身がセルフケアし、自分の人生の自己実現に向けた自助努力をすることが必要である」と述べている³⁾。患者が自分自身の症状を把握し、それに合わせた生活リズムを獲得できるよう、患者が生活の中で大切にしている活動を確認し、「やりたいこと・重要なこと」は行えるように、またその他「やらなくて

はならないこと」は簡便化や省略などを提案していく。これにより治療中の患者の限られたエネルギーを重点的に費やす活動を明確にしていく。このようにして得られる、自分自身の生活を自分でコントロールできている感覚は、患者の自信につながっていく。

放射線療法中も副作用対策を行いながら化学療法中と同様に廃用予防に努める。また、晩期反応として現れる皮膚症状(癬痕化)による可動域制限や、浮腫に対してもリハビリテーションが有効となる。これらは治療が終了したあとも患者の生活を妨げる有害事象になり得るため、疾患の治療後にこれらの症状に対してリハビリテーションが紹介されるケースも少なくない。

3. 進行がんに対するリハビリテーション

進行がん患者には、がんの進行に伴いさまざまな症状が発生する。全身倦怠感と疲労感により、動く機会を奪われると廃用症候群も合併し患者の全身状態は急激に悪化する場合もあるため、日常生活において最低限の食事・排泄・入浴などセルフケアをなるべく維持していくことが望まれる。リハビリテーションにおいても、少量のメニューを午前・午後に分けて行うなどの対応により、患者の心身機能の維持に努める。

また、この時期には、疾患による神経圧迫・神経浸潤による疼痛、骨転移による疼痛、治療に伴う疼痛を抱えている患者も多くみられるため、リハビリテーションを行う際には疼痛コントロールも重要である。薬物調整や麻酔科での専門的治療などにあわせて、リハビリテーションでは疼痛出現や程度を確認し、痛みを増強させない動き方・患者の介助方法などを確立させていく。また、どの程度動くと痛みが生じるか、休憩にて緩和するかどうかなどを確認し、活動量と休憩のペースを患者自身につかんでもらえるようにフィードバックを行う。加えて、他職種と情報共有を図りながら、鎮痛薬の使用のタイミングを患者が確立できるように促すことも行っている。

四肢の浮腫に対しては、通常どおりリンパマッサージや圧迫療法などによる複合的理学療法を実施する。しかし、進行がん患者の場合には、患者の全身状態によっては、浮腫の改善を目指

す複合的ドレナージよりもむしろ緩和的なマッサージとなる場合も多い。心機能や腎機能、肝機能の低下など、全身のあらゆる臓器の不全状態による全身性の浮腫を複合している場合は浮腫そのものを改善することは困難である⁴⁾が、軽いマッサージにより浮腫による不快感を軽減することは可能である。

疾患の進行に伴い、患者は次々と起こる身体症状に対応することを余儀なくされている。その中で、疾患の治癒が困難となる状況を経験せざるをえない場合も多いこの時期においては、患者への対応も注意を要する。治癒を目指している時期には、治療の時期は治療に専念しようとしている患者が多いため、リハビリテーションに対する希望も身体機能の改善が一番にあげられる。しかし、シフトチェンジの時期にさしかかると、今後の全身状態の悪化を見越して、本当にやりたいことは何かを考えていく必要がある。このシフトチェンジには当然時間がかかり、患者や家族の気持ちは大きく揺れ動く。藤野ら⁵⁾が、「意思決定の時間経過に沿った援助」の重要性を指摘しているように、気持ちが揺らぐことを当然のこととして認識し、受容するとともに、その時々、気持ちに寄り添いながら、患者と家族の選択を待つ必要がある。リハビリテーションの目標や介入についても、スタッフから押しつけることはせず、患者と家族が現実を受け入れ目標を見出す過程に付き合う必要がある。スタッフは常に「今が一番いい時期」と念頭におき、患者が希望したことはなるべく早急にかなえられるように、患者自身の残存機能の活用はもちろん、人的サポート・福祉機器の利用・社会資源の利用など、患者を取り巻く環境面へアプローチを行っていく必要がある。このような対応はその後の終末期にかけてさらに重要となってくる。

4. ターミナル期におけるリハビリテーション
ターミナル期におけるリハビリテーション介入としては、患者および家族のニーズが最も重要である。最後の時まで「トイレに行きたい」、「歩きたい」という希望が強く残ることがあるが、患者の機能改善は見込めなくなっても家族への介助方法の指導やベッド周り・トイレ周りの環境調整、歩行補助具の導入により、希望に添う

ことができる。この時期は患者・家族とのコミュニケーションも重要になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者・家族・スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。

また、全身状態が悪化しても、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入により、患者の身体に触れながら、最後の時までリハビリテーションを行うことは可能である。

乳がん患者を例とした各時期における リハビリテーション介入

乳がんに対するリハビリテーションの流れは表1のとおりである。当院での乳がんの各時期におけるリハビリテーション介入を紹介する。

1. 急性期

乳がんと診断され、乳房全摘出術もしくは、部分摘出術とリンパ節郭清術を行う場合には、リハビリテーション紹介となる。紹介された患者は術前診察として、肩関節可動域と上肢周径を計測される。これは術後の関節拘縮やリンパ浮腫の発生の有無を確認する指標として評価される。同時に、当院ではquality of life (QOL) 評価も実施しており、患者の術前から術後半年までには定期的に評価を行うことで、QOLに影響を及ぼしている症状や要因について把握することに努めている。身体機能が改善しても、ボディイメージの変化、術後の治療、職業復帰、再発に対する不安など、患者はさまざまな問題を抱えていることをリハビリテーションスタッフも認識しておくことが必要であるためである。

手術後は、廃液ドレーンが抜けるまでは病棟にて看護師の指導の下で自動運動が行われているが、ドレーン抜去後はリハビリテーションスタッフが肩関節の関節可動域訓練、リンパ浮腫についての教育、リンパマッサージの指導、下着やパッドの紹介などを退院までの約3日間で行う。術後3日間ですべてを覚えてもらうことは困難な場合もあるため、必要な情報提供を行っ

表1 乳がんに対するリハビリテーションの流れ

急性期 ↓	術前評価	関節可動域・上肢周径評価 Quality of life(QOL)評価 基本的情報の収集
	術後リハビリテーション (乳房全摘術または腋窩郭清を行った場合)	関節可動域訓練 リンパ浮腫教育・生活指導・リンパマッサージ指導 下着・パットの紹介 自宅での自主リハメニューの指導
進行期 ↓	リンパ浮腫への対応	リンパマッサージ・弾性着衣の紹介, 購入の援助 圧迫下での自動運動
	脳転移への対応	麻痺の悪化予防・利き手交換・基本動作・activity of daily living (ADL)訓練などを安全面にも配慮して目標設定をして実施 家族への介助方法の指導・福祉機器の導入
	骨転移への対応	病的骨折のリスク・安静度の確認 安静時痛・体動時痛の部位・程度の評価 安静時の安楽な肢位の調整 体動時の痛みを起こしにくい動作の習得 歩行補助具の検討(杖・歩行器) 家族への介助方法の指導・福祉機器の導入・環境調整
終末期	全身状態の悪化 浮腫 痛み などさまざまな症状への対応	患者・家族の希望に沿って心理支持的介入を継続する 安全・安楽な肢位や移動方法の検討 廃用予防のための関節可動域訓練・ストレッチ 緩和的マッサージ 家族ケア

た上で、困ることはそのつど相談してもらうよう伝える。退院後は基本的には1か月・3か月・6か月後に定期的受診してもらい、上肢機能の評価にあわせて日常生活上での問題点や不安などを解消できるよう援助を行っている。

2. 化学療法・放射線療法による治療期

乳がん患者の化学療法・放射線療法中には、リンパ浮腫に対するリハビリテーションが最も多く紹介されてくる。続発性リンパ浮腫は約10%程度と推測されている⁶⁾。治療に伴う副作用に加えて、リンパ浮腫により日常生活に支障をきたすことは患者のQOLに大きく影響を及ぼす。弾性着衣や弾性包帯の装着、リンパマッサージなど日常生活上指導はもちろん重要であるが、頻回な通院が困難な患者に対しても浮腫の緩和とリラクゼーションを兼ねて、リハビリテーションスタッフがリンパマッサージを施行することも重要である。患者の多くは仕事をしながら、家事をしながら治療を続けており、日常生活と治療の両立に苦悩している場合もある。一時的ではあっても受動的に心地よい感覚を得られることは、患者の心身の負担軽減につながるのではないかと考えている。また、治療に伴い感覚障害を呈している場合には、患肢により傷を作

りやすくなってしまう蜂窩織炎を起こす危険もあるため、患肢の保護についてはさらに重点的に指導を行っている。

3. 進行期

病状の進行に伴い、さまざまな身体症状が出現する。リハビリテーションが必要とされることが多いのは、脳転移や骨転移を伴う場合である。脳転移による麻痺症状に対しては、麻痺に対する機能改善よりも利き手交換や福祉用具の導入により、日常生活の援助を行うことが多い。車いす・歩行器や介助方法など患者の状態に応じて環境調整を行うことにより、限られたエネルギーでより自立した生活を送ることも可能である。介護保険の申請や、在宅調整などもあわせて行うことで、在宅生活を継続できる例も少なくない。

骨転移を伴う場合には、まず整形外科診察により病的骨折のリスクを確認し、脊椎転移の場合にはコルセットの作成を行ってもらう。その後、痛みが少なく安全な体動方法・移動方法を患者と家族に指導していく。下肢の病的骨折に関しては、予後予測に伴い外科的治療を行う場合や放射線治療を行う場合も多い。その後リハビリテーションを行う際には、患者の生活様式