

- しかし、日常生活のなかでは社会や家庭での役割の修正を強いられ、疎外感を感じている患者さんも多くいます。
- なかには、周囲の人へ心配かけまいと、再発の不安や死に対する恐怖を誰にも相談できず抱え込んでいる患者さんもいます。
- この時期の援助としては、安心して弱音を吐ける存在となること、あるいは、サポートグループやがんに関する情報提供を行うなどの心理的な援助がきわめて重要です。
- Aさんの場合、退院後、常に再発の不安を抱えながら、これまでのように子どもを抱き上げることができなかつたり、義母に家事を手伝ってもらわなければならなかつたりする状況がとてもつらかつたと言います。
- しかし、入院中に知り合った同じ病気の患者さんと通院日が重なることが多く、待ち時間を使って気兼ねなく語り合えたことが支えになったそうです。

## 2. 治療後3年間

- 初期治療から3年間は再発の可能性が高い時期といわれており、患者さんは再発に対する不安を心の片隅に抱えながら生活を送っています。
- Aさんにとって年1回のCT検査がそうであったように、身体の変調やTV番組など病気に関係する事柄をきっかけに恐怖（再発不安）を感じます。
- 術後化学療法などのように長期間行われる治療の場合、つらい治療であるにも関わらず、治療の手をゆるめることで再発するのではないかという恐怖心を持つ患者さんもいます。

## 3. 治療後3年以降

- 治療後3年を過ぎると、多くのがんで再発の可能性が低くなり「そいえば病気のことを忘れていた」「がんのことを考えない時間があった」といった経験が増えてきます。
- 少しずつがんになる前の価値観とその後の優先事項の整理が行われ、人生の再統合、再設計を図っていく時期といえます。

**Point** ▶ 初期治療から1年、治療後3年間、治療後3年以降の大きく分けて3つの時期を経て、人生の再統合・再設計が行われます。

### ● 再発後の心の過程は

- がん患者さんの約半数は、がんの再発、進行の告知を受けて死の転帰を辿ります。
- 再発を告げられた患者さんの心の反応は、がんの診断を受けた後の状態とほぼ同じ過程を辿ります。
- 最初の告知のときとの違いは、自らのがんに関する情報がある程度持っているだけに現実を否認しきれず、心理的には深刻なダメージを受けます。
- 「これまでががんばってきたのになぜ？」と大きく落胆する患者さんも多いです。
- 初期のがんの告知直後には、「それでも何とかがんばって治療をしよう」と気持ちを立て直すことができますが、再発の場合には気持ちを立て直すことは大変なことです。
- 初回治療で掲げた“治癒”という目標が達成できないという事実を受け止め、人生の終わりを意識しながら目標を変更しなければならず、

非常に辛い体験となります。

**Point** ▶再発の際には、がんの知識が豊富に整理されている分、現実を否認しきれず破局的な心理的打撃を受けます。

- Aさんの病状はすぐに生死に関わる状況ではないですが、初期治療から年月が経ち再発に対する不安が徐々に薄れてきているなかでの再発であったために、精神的な動揺が強く表れたのかもしれません。
- 再発時の精神的な動揺は、悪いシナリオを予期していなかった患者さんのほうがより強く出現するといわれています。
- その後の将来設計の変更や死に向かった重要な決定が待ち受けている場面なので、安易なコミュニケーションでやり過ごすことなく、十分に時間をかけて医療者と患者さんの認識のズレを修正しておく必要があります。

**Point** ▶患者さんや家族の本来の人生目標、生活信条をきちんと聴き、患者さんの意向に沿ったがん医療の提供の実現を援助しましょう。

## ● どのように関わるか？

- 再発の告知を受けた後、「なるようにしかならない」とすぐに受け入れる人、「とにかく最後まで戦うぞ」と闘志を燃やす人、「もうダメだ」と絶望的になる人、「どうしよう、どうしよう」と不安が高まり強く動揺する人、などさまざまな反応を示します。
- 患者さんの反応をしっかりと把握して、その反応に沿った関わりを持つことが大切です。
- Aさんの場合には、「もうダメだ」「再発したら、どうせ治らないのだから、何ももう意味がない」(一時的な all or nothing thinking) と絶

望的になり、先生からの声かけに対しても猜疑的になってしまいました。

- 絶望的になる人の場合には、その後に強い抑うつ状態になったり、希死念慮が生じたりすることもあるので注意が必要です。
- また、Aさんのように動揺が強い場合には、次々と説明される言葉が耳に入ってこないことが多いです。
- このような場合には、続けていると説明を加えるよりも、いったん休憩を入れる、日を改めるなど、少し時間を空けてクールダウンの時間を工夫するとよいでしょう。
- 再発となると、すぐに次の治療を開始しなければと慌てる患者さんも多いですが、治療決定を性急に行う必要がないということを伝えることが大事です。
- 不安を回避するために慌てて治療を決定することは、後悔の種にもなります。

**Point** ▶治療の決定は焦らず、しっかりと話し合いの時間を持って選択します。

- Aさんとは逆に、がん治療に闘志を燃やす人には、一緒に治療をがんばるというスタンスで関わるようにします。
- 否認をする人には無理に訂正せずに、問題にならない範囲で否認を尊重します。

## ● その後のAさん

- 診察に同席した看護師は、硬い表情で主治医の話をうつむいたまま黙って聴いているAさんの姿を見て、この状況で説明を続けてもAさ

んの耳には届いていないだろうと察知しました。

- ◎そこで看護師は、「とてもつらいお話だと思います」「よかったですご家族も交えて日を改めて詳しいお話を聴くというのはいかがでしょうか」とAさんに提案しました。
- ◎Aさんは提案に同意し、1週間後に再度診察の予約を取りました。
- ◎1週間後、Aさんをご主人と一緒に来院し、主治医から病状の説明を再び聴き、「今は死ぬことを心配しなくてよいのですね」と安堵し、次の治療方針について落ち着いて聴くことができました。
- ◎そして、主治医にいくつか質問をしながら説明を聴き、次の治療法を選択しました。
- ◎次の外来予定日は1ヵ月後でしたが、ご本人の要望もあり2週間後に看護面談を行いました。
- ◎このときには「家に帰ると、やっぱり怖くなって独りで考え込んでしまうんです」「急に悪くなったりしませんか」と不安そうな表情で話していましたが、看護師が引き続きサポートしていくと伝え、心理的な援助を保証しました。
- ◎3ヵ月を過ぎると「治療を続けると、普段通りの生活をしながらできることもまだまだたくさんあるし、自分にはまだ時間が随分とあって、良い見通しも持てるようになってきました」と回復してきました（認知の再構築）。

(馬場華奈己・内富庸介)

## 「もう治療がないと言われたのですが」

### ● 病気の進行期

- ◎再発後、治療の目標は治癒から延命へと変更され、患者さんはこれまで以上に病気や死と向き合いながら生活を送っています。
- ◎病状が進行してくると、次第に身体症状のために日常生活が制限され、患者さんの気持ちはその日その日の体調に大きく左右されるようになるので、症状緩和はとても重要です。
- ◎患者さんが気持ちのつらさを訴えるとき、その背景に身体的苦痛がないかまず確認し、身体症状の緩和を検討していきましょう。
- ◎次第に身体機能が低下し自分でできないことが増えるにつれて、他者に頼らざるをえなくなってきます。
- ◎特に、患者さんにとって身近な人（家族、看護師、同室者）との人間関係が患者さんの生活を左右するので、“見捨てられ不安”が強くなり、それを回避するために自身の思いを抑えた従順な態度へと変化してしまいます。

**Point** ▶たとえ身体機能に支障をきたしたとしても、「意思決定能力」が残されているのであれば、「今日の清拭は〇時にさせていただきますが、実際のところ、何時頃がご都合よかったですでしょうか？」などと患者さんに話しかけ、清拭によって他人に迷惑をかけているといった負担感を意識させないように、患者さんの意思決定への積極的参画をむしろ歓迎するよう心がけましょう。

んの耳には届いていないだろうと察知しました。

- ◎そこで看護師は、「とてもつらいお話だと思います」「よかったですらご家族も交えて日を改めて詳しいお話を聴くというのはいかがでしょうか」とAさんに提案しました。
- ◎Aさんは提案に同意し、1週間後に再度診察の予約を取りました。
- ◎1週間後、Aさんをご主人と一緒に来院し、主治医から病状の説明を再び聴き、「今は死ぬことを心配しなくてよいのですね」と安堵し、次の治療方針について落ち着いて聴くことができました。
- ◎そして、主治医にいくつか質問をしながら説明を聴き、次の治療法を選択しました。
- ◎次の外来予定日は1ヵ月後でしたが、ご本人の要望もあり2週間後に看護面談を行いました。
- ◎このときには「家に帰ると、やっぱり怖くなって独りで考え込んでしまうんです」「急に悪くなったりしませんか」と不安そうな表情で話していましたが、看護師が引き続きサポートしていくと伝え、心理的な援助を保証しました。
- ◎3ヵ月を過ぎると「治療を続けると、普段通りの生活をしながらできることもまだまだたくさんあるし、自分にはまだ時間が随分とあって、良い見通しも持てるようになってきました」と回復してきました（認知の再構築）。

(馬場華奈己・内富庸介)

## 「もう治療がないと言われたのですが」

### ● 病気の進行期

- ◎再発後、治療の目標は治癒から延命へと変更され、患者さんはこれまで以上に病気や死と向き合いながら生活を送っています。
- ◎病状が進行してくると、次第に身体症状のために日常生活が制限され、患者さんの気持ちはその日その日の体調に大きく左右されるようになるので、症状緩和はとても重要です。
- ◎患者さんが気持ちのつらさを訴えるとき、その背景に身体的苦痛がないかまず確認し、身体症状の緩和を検討していきましょう。
- ◎次第に身体機能が低下し自分でできないことが増えるにつれて、他者に頼らざるをえなくなってきます。
- ◎特に、患者さんにとって身近な人（家族、看護師、同室者）との人間関係が患者さんの生活を左右するので、“見捨てられ不安”が強くなり、それを回避するために自身の思いを抑えた従順な態度へと変化してしまいます。

**Point** ▶たとえ身体機能に支障をきたしたとしても、「意思決定能力」が残されているのであれば、「今日の清拭は〇時にさせていただきますが、実際のところ、何時頃がご都合よかったでしょうか？」などと患者さんに話しかけ、清拭によって他人に迷惑をかけているといった負担感を意識させないように、患者さんの意思決定への積極的参画をむしろ歓迎するよう心がけましょう。

- 一方で、死に対する防衛反応として、否認が繰り返し用いられて、“がんが進行していることをまるでわかっていないかのような言動”“現状にそぐわない無謀な計画を立てる”など、時間が少ないと感じるスタッフや家族の感覚とのギャップを生じることがあります。
- この場合は、ある程度は患者さんが安定するため（心を守るため）にやむをえず行っている反応として受け入れる必要があります。

## ● 抗がん治療の中止～終末期

- 終末期とは、一般的に治癒の可能性がなくなり、予後がおおむね6ヵ月の時期と定義されています。
- これまで通りの生活を送ることができずと感じはじめている患者さんにとって、治療法がないということは直接伝えられていなくても感じ取っていることが多いものです。
- 終末期には、愛する人との関係を失うこと、自律性を失うこと、身体機能を失うために生じる自立性の喪失など、多くの喪失が待ち受けています。
- 抗がん治療中止を伝えられた患者さんは、「死」そのものよりも、「家族の重荷になっているのではないか」「自分には生きる価値がないから見捨てられてしまうのではないか」といった精神的苦痛を抱きやすくなっています。
- 患者さんの抱えている葛藤をしっかりと関心をもって聴き、苦しみを理解し、日常ケアのなかに反映していくことが大切です。

**Point** ▶死が身近に迫ってきたときに、自分の生きる意味や価値を見失ったり、死後の不安や罪悪感などで苦しむ痛みのことを「スピリチュアルペイン」といいます。

- また、終末期を病院で迎えるということで孤立感を増す要因がいくつかあります。
- たくさんの医療機器に囲まれて死にゆく人がいることに、医療者も家族も、そして患者さん自身も居心地の悪さを感じています。
- 治癒が期待できる急性期の患者さんが大半を占める病棟では、治癒できないことが敗北に等しいと感じてしまうこともあります。
- 死にゆく人のケアの重要性を感じていながらも、急性期の患者さんの処置に追われて、ゆっくり関わることのできないことに負い目を感じている医療者もたくさんいます。
- 症状緩和においてすることが少なくなるにつれて、罪悪感や無力感を感じることも多く、足が遠のいてしまうこともあります。
- その上、さらに、不快な症状が続いて患者さんが一時的に自暴自棄になったりして、周囲にそれが怒りとして感じられるようになると、訪問を躊躇してしまいます。
- このように、病院という環境のなかで「死にゆく患者さん」は何かしら特別なものであると感じられ、患者さんもそれを敏感に感じ、孤立感を増していきます。

- Point** ▶死にゆく人は、周囲の人との違和感を敏感に感じとり、孤独感を増しています。
- ▶医療者は、患者さんのもとを訪れ続け、人とつながっている感覚を維持することが重要です。

## **CASE** このようなCASEをみてみましょう

- 専業主婦のTさん（60歳）はこれまで長く肺がんの治療を受けてき

ましたが、病状が徐々に進行し、抗がん治療中止が決定しました。

- しばらくは自宅で生活を続けていましたが、疼痛や呼吸困難感が増強したため入院してきました。
- Tさんは疼痛のために歩行が困難でしたが、歩行器を使用することでほぼ一人で入院生活を送ることができていました。
- しかし、徐々に立ち上がりもキツくなり、他者の手を借りなければ起き上がれなくなってきました。
- 看護師はなるべくTさんが積極的に意思決定へ参画できるような問いかけをしながら関わりました。
- しかし、看護師がケアをするたびにTさんからは「情けない」「私の人生は何だったのだろう」「こんな状態が続くなら早く終わりにしたい」との訴えが聴かれるようになってきました。
- チームカンファレンスでは、多くのスタッフがTさんのネガティブな発言や十分に症状緩和ができない現状から、Tさんと接することを躊躇していることがわかりました。
- そして、「そういう最近、痛みのことや呼吸のことばかり話題にして、それ以外の話題は何もないかもしれない」「ケア以外のことで訪室することがなくなった」と口々に語りました。
- 以前のTさんは、自宅の庭で作った野菜を持ってきたり、自作の洋服を着て披露していました。
- 病床にも手作りの帽子やベストが置いてあり、手芸に関心のあった受け持ち看護師はよく手芸の話題をしていたということでした。
- そこで、受け持ち看護師が中心となり、身体症状が和らいでいるときを見計らって手芸の話題を持ちました。



- Tさんは「好きだった手芸もできない身体になってしまった」というネガティブな発言から始まりましたが、徐々に手芸に興味を持ったときのこと、実母からさまざまな技法を教わったことを語り始めました。
- また、手作りの物よりも既製品を好む娘さんが子どもを身籠もったとき、恥ずかしそうに「編み物を教えて」と言ってきたときには、母親として娘に引き継ぐことができるうれしさを感じたと語りました。
- 徐々にTさんの人生が見えてくるにつれて、それまでの患者-看護師という関係を越えた時間を共有することができ、臆することなく訪問することができるようになりました。
- Tさんは、「身体が動かなくても口だけは動くから、手芸のことなら何でも教えてあげられる」と自信を取り戻し、娘さんが面会に来られるたびに手芸の話題をするようになりました。

### ● Tさんの例から学ぶこと

- Tさんにとってのスピリチュアルペインとしては、身体的コントロールの喪失や自分らしさの喪失が考えられます。

- ◎身体的コントロールの喪失については、なるべく T さんの要望に合わせて支援したり、代わりの方法を探索して対応していました。
- ◎身体機能が低下し他者に依存しなければならない入院生活で、T さんはこれまでの役割や楽しみ、自分らしさが奪われ「なんの役にも立たない」「こんなのは自分じゃない」といったつらさを体験していました。
- ◎しかし、受け持ち看護師が中心となって、T さんの“人生の誇り”に関心を持って関わったことで、T さんはこれまでの「自作する」という楽しみから、「娘へ伝承する」という楽しみへと変化させていきました。
- ◎これは、限られた時間であっても「これだけは娘に伝えておきたい」という小さな目標を見出すきっかけにもなりました。

**Point** ▶患者さんが望むのであれば、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことやつらくてもがんばってきた生涯についてうかがってみましょう。

▶しかし、決めごとのようにすべての患者さんから聞き出そうとしたり、複数のスタッフが同じ質問を繰り返すことのないよう、チームカンファレンスなどで十分に目的や方向性を確認してから実施するようにこころがけましょう。

(馬場華奈己・内富庸介)

## 「ポータブルトイレを使いたくないです」

### ●排泄行為とは？

- ◎人間の生理的習慣である排泄や、トイレに行くという行為が自分でできなくなったとき、患者さんは他者に委ねることによる不自由さを感じるだけでなく、羞恥心、遠慮、不快感などさまざまな思いを抱くことがあります。
- ◎排泄行為は患者さんの尊厳や個人の考え方に関わる問題であるため、多くの患者さんが「トイレにだけは最期まで自分の力でいきたい」と望まれることが多いです。
- ◎しかし、病状の進行に伴い身体機能が低下（筋力・体力の低下）し、トイレまで歩行することが難しくなるなど、これまで当たり前に行っていたことが徐々に行えなくなります。
- ◎自分で排泄をするといった基本的な生活行動が制限され、自由に行動できなくなることは、患者さんにとってこの上ない苦痛となります。
- ◎また、排泄行為が自分で行えなくなることは、患者さんの日常生活のさまざまな側面に影響を及ぼします。

### ●日常生活への影響とは？

#### 1. 身体面への影響

- ◎今まで通りに排泄ができなくなることは、患者さんにとって単に排泄できないということにとどまらず、すでに機能低下をきたしている身

- ◎身体的コントロールの喪失については、なるべくTさんの要望に合わせて支援したり、代わりの方法を探索して対応していました。
- ◎身体機能が低下し他者に依存しなければならない入院生活で、Tさんはこれまでの役割や楽しみ、自分らしさが奪われ「なんの役にも立たない」「こんなのは自分じゃない」といったつらさを体験していました。
- ◎しかし、受け持ち看護師が中心となって、Tさんの“人生の誇り”に関心を持って関わったことで、Tさんはこれまでの「自作する」という楽しみから、「娘へ伝承する」という楽しみへと変化させていきました。
- ◎これは、限られた時間であっても「これだけは娘に伝えておきたい」という小さな目標を見出すきっかけにもなりました。

**Point** ▶患者さんが望むのであれば、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことやつらくてもがんばってきた生涯についてうかがってみましょう。  
▶しかし、決めごとのようにすべての患者さんから聞き出そうとしたり、複数のスタッフが同じ質問を繰り返すことのないよう、チームカンファレンスなどで十分に目的や方向性を確認してから実施するようにこころがけましょう。

(馬場華奈己・内富庸介)

## 「ポータブルトイレを使いたくないです」

### ●排泄行為とは？

- ◎人間の生理的習慣である排泄や、トイレに行くという行為が自分でできなくなったとき、患者さんは他者に委ねることによる不自由さを感じるだけでなく、羞恥心、遠慮、不快感などさまざまな思いを抱くことがあります。
- ◎排泄行為は患者さんの尊厳や個人の考え方に関わる問題であるため、多くの患者さんが「トイレにだけは最期まで自分の力でいきたい」と望まれることが多いです。
- ◎しかし、病状の進行に伴い身体機能が低下（筋力・体力の低下）し、トイレまで歩行することが難しくなるなど、これまで当たり前できていたことが徐々に行えなくなります。
- ◎自分で排泄をするといった基本的な生活行動が制限され、自由に行動できなくなることは、患者さんにとってこの上ない苦痛となります。
- ◎また、排泄行為が自分で行えなくなることは、患者さんの日常生活のさまざまな側面に影響を及ぼします。

### ●日常生活への影響とは？

#### 1. 身体面への影響

- ◎今まで通りに排泄ができなくなることは、患者さんにとって単に排泄できないということにとどまらず、すでに機能低下をきたしている身



体のバランスを崩し、さらに身体的苦痛を増強させる原因となります。

## 2. 心理面への影響

- 思うように排泄行為ができない自分に苛立ちや焦りを感じる  
⇒「できない自分もどかしい」
- 自尊心が低下する  
⇒「排泄の世話をさせてしまい申し訳ない」「こんなこともできなくなった自分が情けない」
- 身体の衰弱を認めたくない  
⇒「がんばればなんとかトイレにいけると思う」「トイレくらい自分の力で行ける」
- 体力の衰えを感じ、病状が悪化していることを実感する  
⇒「昨日まで歩けたのに、今日はトイレにも自分の力で行けなくなった。もう、ダメなのかもしれない」

## 3. 社会面への影響

- 家族は患者さんの力になりたいと考えていても、患者さんは家族に迷惑をかけてしまうと考える、排泄の世話を拒否されることもあります。
- こういった場合、家族は「何もしてあげられないことがない」と無力感を感じることもあります。
- 家族が慣れないなかでがんばって排泄の世話をすることで疲弊してしまうこともあります。
- 自分の感情とは反対に思うように体が動かず、医療従事者や家族に対して怒りを表出することもあります。

## 4. スピリチュアルな面への影響

- 「最後まで自分のことは自分でしたい」と多くの患者さんが強く願っています。
- 排泄が自分一人で行えなくなるということは、自立性の喪失を強く感じる出来事です。
- それは非常につらい体験であり、「自分は生きている価値がない」「すみません」と声をかけないといけな生活には耐えられない」「こんな自分に生きている意味はあるのだろうか」という苦痛へ広がっていきます。

**Point** ▶ 身体面での喪失を多く経験するなかで、少しでも意思決定に能動的に参加し、自己コントロール感が維持できるよう努めましょう。

## ● どのように対応しますか？

- 排泄に対する考え、価値観、ポータブルトイレを使いたくないと訴える背景にどんな思いがあるのかを確かめながら、まずは批判することなく受け止めましょう。
- 患者さんの思いを受け止めながら、自分でできることは安全に行えるようにサポートし、できない部分は苦痛に配慮しながら介助します。
- そのためには、現在の状況で患者さんがどこまでのことが自力でできて、どこからが介助が必要なのかを考えていきます。

**Point** ▶ 患者さんがこれまでできていたことを、いかに継続して支えていくかが大切です。

- 患者さんの思いを実現するためにどうしたら安全にトイレに行くこと



ができるかを考えていくことが、「より良く生きる」ことへのケアにつながります。

- 患者さんの思いを理解し、チームで共有していくことも大切なケアになります。
- ここで重要なのは、患者さんの安全を守りながらも、できる限り患者さんの思いに近づけるよう工夫していくことがケアの目標になるということです。

**Point** ▶ 自律：自己決定することができる存在

「たとえ、ひとりでトイレに行けなくても、排泄方法を選択できる」

→ ケアを工夫することで支えることができる。

▶ 自立：人に頼らず、自分で行うこと

「ひとりでトイレに行ける」

→ 身体機能によって限界がくる。

## ● トイレに行くための具体的な方法を患者さんと一緒に考えていきましょう

### 1. ベッドからトイレまでの移動

- トイレまでの移動から排泄中の状況、終了したときの連絡方法などを

あらかじめ患者さんと相談しておきましょう。

- トイレまでの移動は、歩いてなのか、車椅子を利用してなのか状態に合わせて選択します。
- 歩行困難の患者さんがどうしても歩きたいと言われた場合は、その気持ちを十分に受け止めながら、車椅子まで歩くなど短い距離を設定して実現できるようにします。
- そして、常に患者さんと相談しながら、患者さん自身が折り合いをつけていけるように見守ります。

### 2. 排泄中

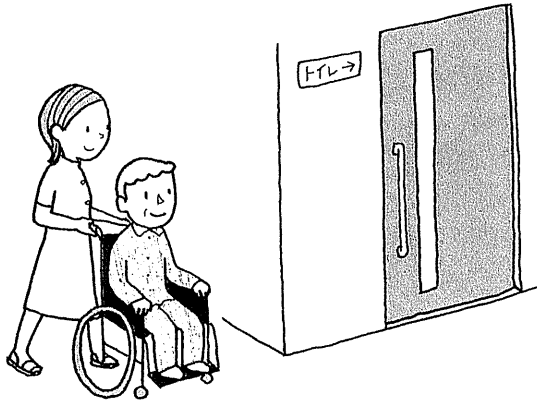
- 座位の保持が安定していたら、トイレの外で待つなどして、合図があったらすぐ対応できるようにしましょう。
- 座位の保持が不安定であれば、承諾を得てから、看護師が体幹を支えたまま排泄をしていただくようにします。
- 家族がいる場合は、家族に協力を依頼してみることも検討してみましょう。

### 3. 終了の連絡方法

- 終了時には必ずナースコールを押していただくか、声をかけていただくようにします。
- 遠慮の気持ちが強い患者さんの場合には、適当な時間を見計らって看護師から声をかけるよう配慮しましょう。

### 4. トイレからベッドまでの移動

- 患者さんの状態を観察しながらベッドまで戻ります。



- 状態に合わせて臨機応変に対応しましょう。
- 排泄行為後、症状の悪化がないかを観察します。
- チームで情報を共有し、同じ方法でケアができるようにし、患者さんが何度も同じことを言わなくてすむように配慮します。

#### 5. どうしてもベッド上で排泄をしなければならない場合

- 患者さんにとってとてもつらい体験であるということを常に心に留めてケアを行きましょう。
- 露出を最小限にして手際よく介助しましょう。
- 「おむつ」や「尿器・便器」などといった言葉はむやみに使用せず、自尊心に配慮した言葉かけをしましょう。
- 患者さんが遠慮しないように看護師から声をかけ、プライバシーに配慮しながら丁寧に対応することが大切です。
- 室内のおいなどにも配慮しましょう。

(柚木三由起・馬場華奈己・内富庸介)

## 患者さんが「治療を受けたくない」と言っています。

### ●治療は受けなければならないもの？

- 受診する患者さんは、たいてい「治療を受けたい・受けなければ」と思って病院にいられています。
- なので、医療者は「患者さんは治療を受けたいと思っている」と当たり前のようを考えがちです。
- ですので、ふいに患者さんから「治療を受けたくない」と言われると、どうしたらよいのかびっくりしてしまいます。

### ●治療を受けないのも患者の権利？

- 「治療を受けたくない」と患者さんが漏らすのはたいてい親身に感じる看護師さんです。思いを打ち明けられた看護師さんは困ってしまいます。
- 年配の医師にたずねると、「治療を受けないのも患者の権利だよ。受けたくないものを受けさせることもできないし、受けないのも患者の人生」との醒めた返事。
- 「たしかに、人生を決めるのは患者さんだけれども、そのままでもいいのかな～」とひっかかってしまう気持ちも出てきます。
- 患者さんから「治療を受けたくない」との思いを告げられたとき、私たちはどのようにしたらよいのでしょうか？

## 「消えてなくなりたい…」と言われたのです。

- 臨床では、「消えてなくなりたい」という訴えのほかにも「早く死んでしまいたい」「死んだほうがマシだ」などといった訴えもよく聴かれます。
- これらの言葉の背景には、痛みなどの身体症状や気持ちのつらさ・絶望感などの精神症状、自律性の喪失といったスピリチュアルペインなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されています。
- つまり、「消えてなくなりたいほどつらい」という患者の叫びであり、「苦しみから助けて欲しい」「苦しみから逃れたい」というSOSであるといえます。

### ●どのように対応しますか？

- 「消えてなくなりたい…」と聴くと、「そんなこと言わないで」「がんばりましょうよ」「そんなこと言ったら家族が悲しみますよ」といった言葉をかけてその場を治めようとしたくなるものですが、焦りは禁物です。
- 患者さんが「消えてしまいたい…」「死にたい」などと自身の心の内を話すというのは、相手を信頼しているからこそその行動です。
- 偶然に気持ちを表現したわけではないということを知っておきましょう。
- まずは慌てずに、「消えてなくなりたいと思うくらいつらいことがあ



るのですね」などと声を掛け、患者さんのつらさを受け入れ理解しようとする準備があることを伝えます。

- そして、「今、感じておられることをもう少しお話しいただけますか？」「今一番の気がかりなことをお話しいただけませんか？」といった言葉で話を聴く姿勢を示します。
- 何が患者さんを苦しめているのかを把握できると、具体的な介入を行う糸口が見えるかもしれません。
- さらに、「そのような気がかりなことがあれば、死にたくなるほどつらくなるのも当然だと思います。とてもつらかったでしょう」などといった言葉をかけ、患者のつらさに共感を示すことで、患者さんの苦悩も少し和らぐかもしれません。
- 適切な言葉が見つからないこともありますが、患者さんの思いを感じながら、そばに座っているだけでも効果的な非言語的コミュニケーションになりえます。
- 患者さんの苦痛やニーズを理解する、あるいは理解しようとするコミュニケーションのプロセスこそが、患者さんの苦痛を緩和するケアとなりえます。

- Point** ▶「消えてなくなりたい…」は患者さんからの SOS サインです。
- ▶ 相手を信頼しているからこそこの行動です。
  - ▶ 「何が患者さんを苦しめているのか理解しようとするプロセス」が患者さんの苦痛を緩和するケアとなります。

## ● 自殺のリスクに注意

- 上記のポイントを基に関わることで、多くの患者さんが救われるのは事実ですが、なかには強うつ状態・うつ病を合併している患者さんもおられます。
- うつ病を合併している患者さんに希死念慮の表出がある場合には自殺のリスクが高まるため、可能な限り精神科医などの専門家と連携してケアにあたることをお勧めします。

- Point** ▶ うつ病を合併している場合には自殺のリスクが高まることを念頭に置いておきます。
- ▶ 希死念慮の表出がある場合には専門家へのコンサルトと連携が重要です。

## ● 普段のケアにうつ病の初期評価を取り入れましょう

- 日頃から患者さんに接している看護師が普段のケアのなかで精神的苦痛に関する質問をすることが、うつ病の早期発見に役立ちます。
- 最初から気持ちに焦点を当てると患者さんは緊張してしまうので、「最近体の調子はどうですか?」「睡眠はいかがですか?」など、まずは当たり障りのない開かれた質問を用いて声を掛けます。

- 次いで、「気持ちがつらかったりすることはありませんか?」「何か気にかかることはありませんか?」などと少しずつ焦点を絞っていくとよいでしょう。
- 患者さんからつらさの表出があれば、まずは患者さんの語りに耳を傾けます。相手の思いを理解するために、患者さんの話している内容でわからない点や曖昧な点などがあればしっかりと質問することも大切です。
- 「自分の思いが医療者に伝わった」という感覚を持たせたときに、患者さんの苦悩は少し解放され、癒されます。
- 開かれた質問の後のやりとりで患者さんが精神的苦痛を訴える場合には、うつ病に焦点を当てた質問に移ります。
- うつ病の中核症状である、①抑うつ気分、②興味喜びの喪失が出現していないかを次のように尋ねます。
  - ① 「一日中気持ちが落ち込んでいませんか?」
  - ② 「今まで好きだったことが楽しめなくなっていますか?」
- いずれかに「はい」と答えた場合は、専門家へのコンサルトを考慮しましょう。

- Point** ▶ まずは、身体症状や睡眠状態などの一般的な質問をします。
- ▶ その上で、気持ちのつらさに関する開かれた質問を用います。
  - ▶ うつ病の中核症状である、①抑うつ気分、②興味喜びの喪失を確認します。

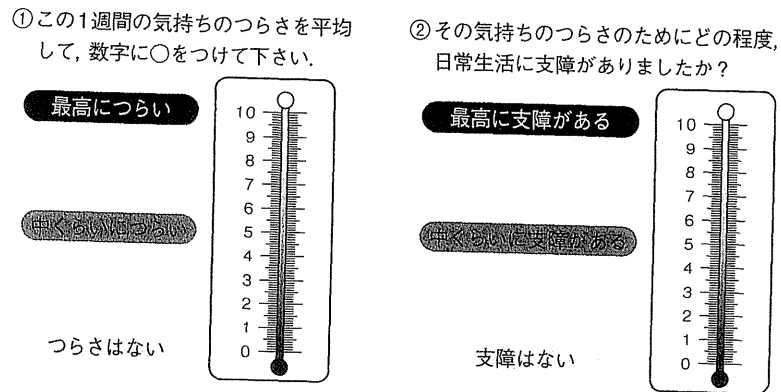


図1 つらさと支障の寒暖計

(<http://pod.ncc.go.jp/>より引用)

## ● スクリーニングツールを活用する

- うつ病の中核症状 2 項目にはっきりと「はい/いいえ」といった答えがあれば評価しやすいですが、どちらともつかない曖昧な返答の場合もあります。
- その場合には、標準化されたスクリーニングツールを用いる方法があります。
- がん患者のうつ病の尺度の一つとして、「つらさと支障の寒暖計」が紹介されています〔国立がん研究センター精神腫瘍学グループ HP よりダウンロード可能 (<http://pod.ncc.go.jp/>)〕。
- 「つらさと支障の寒暖計」(図1) は簡便に施行することができ、患者さんが回答することに抵抗感が少ないように作成されています。

- 特に、身体的な痛みを 10 段階で評価することに慣れている患者さんにとっては、より親しみやすいようです。
- 大うつ病・適応障害のスクリーニング法としての妥当性が示されています。
- 患者さんの回答が、つらさの寒暖計 4 点以上、かつ、支障の寒暖計 3 点以上の場合には、うつ病あるいは適応障害に該当する精神症状を有している可能性が高く、専門家へ相談することが推奨されています。

**Point** ▶ つらさの寒暖計 4 点以上、支障の寒暖計 3 点以上で専門家へ相談しましょう。

## ● 専門家への紹介の仕方

- まずは患者さんへ心のケアの専門家に診てもらおうと思っていることを率直に伝えることが大切です。
- しかし、精神科受診を拒否する患者さんは少なくありません。
- 患者さんが拒否する場合、受診したくないということを尊重した上で、その理由を把握します。
- 次のような誤解がある場合は訂正をします。例えば、①重い精神病患者さんのみが治療の対象となる、②心を見透かされる、③心の良し悪しを評価される、④受診したことが皆に知られる、⑤薬を飲み始めるとやめられなくなる、⑥弱者のレッテルを貼られる、などです。
- 身体と心のバランスをとることが治療をしていく上で大切なことであり、身体の治療をより良く進めていくためにどうしたらよいかを一緒に考えていくための受診であるということを伝えましょう。

- それでも受診を拒否される場合は、日を改めて勧めることとして、精神科医に状況を伝えて、間接的にアドバイスをもらうことも一つの方法です。
- しばらく見守りながら、折を見て「この間お話しした精神科の受診について今はどう思われますか？」と勧めてみましょう。
- また、「うつ病かもしれないから」と勧めるよりは、「眠れていないようだから」「食欲が出なくて体重が減ってきているようだから」と、不眠や食思不振など患者さんが困っている身体症状に焦点を当てて受診を推奨することも一つの方法でしょう。

**Point** ▶ 受診を拒否する場合には、その理由をたずね、誤解がある場合には丁寧に訂正します。

▶ それでも拒否する場合には無理強いせず、いつでも相談できることを伝えていったん引きましょう。

(馬場華奈己・内富庸介)

## 「胸苦しさが治まりません…」

### CASE 今日には季節の変わり目に多い話です

- ある日、外来の看護師さんから新患ですと声をかけられました。待合には、不本意そうに恨めしげな目を向けている患者さんが座っておられます。「私がどうしてメンタルに！ 何もおかしくないのに！」。目が訴えています。
- あらあら、今日は手強そうです…
- 50歳代の女性の患者さんです。乳がんで手術を受けて、術後に補助化学療法を受けました。ホルモン療法を続けて1年半は順調に過ぎましたが、ある日腰に痛みを感じました。湿布を貼って様子を見ていましたがすっかりとしません。近くの整形外科にかかってみて、腰のMRIをとったところ、腰椎に転移をしていることがわかりました。
- 主治医の先生より「残念ながら再発です。完治はなくなりました。胸にもあやしい影があります。ひょっとしたら肺にも転移をしているかもしれません。抗がん剤の点滴をしながら様子を見ていきましょう」との話です。患者さんはがっかりしながら点滴治療を始めました。
- それから、腰だけではなく胸も押されるような感じがしたり、ズキッと痛みが走ったり、胸をかきむしりたくなるような苦しさが出てきました。
- スーパーで買い物をしていたら、急に手足が冷たくなってきます。頭がぼーっとして、目の前もぼやけてきます。冷や汗がじとっと流れて、





ISBN978-4-7911-0790-2  
C3047 ¥3500E



9784791107902



1923047035004

# 向精神薬・身体疾患治療薬の 相互作用に関する指針

日本総合病院  
治療指針5

[編集]  
日本総合病院  
治療戦略部

星和書店

星和書店

2011/8/5/A (2/30)

# 第 1 章

## 悪性腫瘍

相互作用の一覧表は p.166~169

### 1. 抗悪性腫瘍薬の特徴

一般的に、投薬量が増加すれば、薬剤により生じる生体反応も増強する関係にある。その用量反応曲線は、S字状の曲線を示すことが多い。生体反応には、治療効果および有害事象があり、それぞれに用量反応曲線がある。両者の間（すなわち治療効果が高まり、一方有害事象は低い）が、その薬剤の治療域となる。

一般の薬剤は概して治療域が広いので、用量反応関係の個体差はあるとしても、その効果が減弱したり有害事象が出現することは比較的まれである。しかし、抗悪性腫瘍薬は、一般の治療薬と比較して、治療域が狭く、有害事象が生じるときわめて重篤な事態となる。したがって、抗悪性腫瘍薬は、用量反応関係とその個体差を考慮して、各患者の状態を薬理的に考察し、その上で投与設計を行う必要がある。

抗悪性腫瘍薬の投薬を考える上で、用量反応関係を、用量濃度関係と濃度反応関係に分けて考えることが多い。

多くの抗悪性腫瘍薬は投薬量と血中濃度との関係が直線的である。一方、血中濃度と反応との関係はS字状である。設計を考える上で、用量濃度関係の問題か、濃度

反応関係の問題かを分けて考えなければならない。前者の場合には、薬物動態の変化に応じた減量により調整が期待できる。後者の場合は、減量により有害事象は軽減したとしても治療効果も減弱する可能性がある。

## 2. 悪性腫瘍の治療中に考慮すべき薬剤の体内動態

### 1) 吸収

血管外に投与された薬剤は、投与部位から吸収されて循環血液に達し、全身に分布する。その通過する臓器や組織で薬剤の一部は消失する。このように血管外に投与された薬剤が全身循環血に到達する過程は、生体内利用率 (bioavailability) であらわされる。この生体内利用率は、吸収そのものの問題と、初回通過効果の問題からなる。

吸収にはさまざまな要因が絡む。経口投薬の場合には、患者のアドヒアランスの問題の他に食事内容、食事と服薬との時間、胃内 pH、消化管手術、通過障害、消化管運動に影響する薬剤の併用に注意が必要である。たとえば、オピオイドを使用している場合に、オピオイドによる抗コリン作用で消化管運動が抑制される結果、吸収が阻害される可能性がある。また、脱水傾向の強い場合やサンドスタチンで消化管分泌を抑制している場合には、腸内環境が変化し、徐放性剤からの放出が抑制される可能性がある。

### 2) 分布

薬剤はその作用を発揮するために、受容体が存在する組織に移行する必要がある。薬剤が組織に移行する際に

は、アルブミンなどの蛋白に結合した状態では分子量が大きすぎるために移行できない。移行するためには遊離型で存在する必要がある。薬物動態で重要なのは遊離型薬物濃度になる。

一般に遊離型薬物濃度が低くなると、蛋白と結合していた薬剤が遊離して組織に移行していく。一方、悪性腫瘍を取り巻く血管は概して血液透過性が亢進しており、結合したままで組織に移行する場合も考えられる。

### 3) 代謝

薬剤は生体内で代謝を受け構造が変化する。薬剤により代謝を受けて薬理活性が消失したり、逆に高まる場合もある。薬剤は一般に複数の代謝経路をもつ。その場合は主たる代謝経路が阻害されても、他の経路をバイパスする。一方、単一経路の場合は阻害されることで薬物血中濃度が上昇し、有害事象を生じる。

### 4) 排泄

薬剤の排泄は、尿中排泄と胆汁排泄が主である。尿中排泄には、腎臓糸球体濾過や尿細管分泌、尿細管再吸収が関連する。胆汁排泄は、肝臓で代謝されたあとに、P糖蛋白やMRP2などの膜輸送蛋白が重要な役割を果たす。

## 3. 悪性腫瘍治療中の向精神薬の使用

悪性腫瘍の治療と併せて、精神科薬物療法を実施する場合には、①悪性腫瘍に伴う全身状態の変化、②抗悪性腫瘍薬と向精神薬との相互作用、③抗悪性腫瘍薬と向精

神薬のそれぞれの有害事象の重畳、④向精神薬使用に伴う抗悪性腫瘍薬に対する生体反応の変化、を考慮しなければならない。

特に薬物相互作用に限ると、抗悪性腫瘍薬は一般に複数の抗悪性腫瘍薬を併用したり、有害事象対策として制吐薬など数種を併せて用いることが多い。また、がん患者は概して高齢者に多く、合併症に対する薬物療法も行われていることが一般的である。

複数の薬剤が併用される場合が多いので、薬物動態および相互反応に細心の注意が必要である。たとえば、メトトレキサートは腎排泄であるが、がん患者の疼痛に頻用されるNSAIDsは尿管分泌で競合し、メトトレキサート血中濃度が上昇することが知られている。また代謝や排泄の阻害だけでなく、酵素誘導により薬物濃度が低下し、効果が減弱することがある。たとえば、フェノバルビタールやフェニトイン、カルバマゼピンは酵素誘導を生じ、パクリタキセルやエトポシド、ビンクリスチン、イリノテカンのクリアランスが上昇し薬物濃度が低下する<sup>14)</sup>。また、代替療法として抑うつ症状に用いられるセント・ジョーンズワートは、CYP3A4を誘導し、薬物効果を減弱させる。グレープフルーツジュースもCYP3A4を阻害し、経口投薬の血中濃度を上昇させることがある。

#### 4. チトクローム P450

薬剤間の相互作用はいろいろな部位で生じると想定されるが、薬力学的に問題となる相互作用は肝臓での代謝段階と考えられている。

CYPは20以上の同位酵素からなる。150種以上の薬剤が、1つ以上のCYPにより代謝される。特に薬物代謝で重要なものは、CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4である。CYP3A4は肝臓の全CYP同位酵素の40%以上を占め、薬物相互作用の中で最も重要と考えられる。

#### 5. ホルモン療法とSSRI

生活スタイルの欧米化に伴い、日本において乳がんは増加しつつある。乳がんの特徴は、がんの増殖にホルモンが関係している点である。乳がん治療は外科手術に薬物療法（抗悪性腫瘍薬）、放射線治療を基本とするが、それに加えて、腫瘍がエストロゲンやプロゲステロン受容体を発現している場合には、エストロゲンの拮抗薬であるタモキシフェンを用いたり、アロマターゼ阻害薬を用いて脂肪細胞から合成されるエストロゲンの産生を抑制することにより、乳がん再発のリスクを抑える試みがなされる。この治療をホルモン療法と呼ぶ。大規模研究では、5年間タモキシフェンを内服することにより、進行乳がん患者の再発リスクを50%軽減できるとの報告があり、標準治療となっている。

タモキシフェンはエストロゲン受容体の部分作動薬であり、閉経前後を通してエストロゲン受容体陽性の早期・進行期乳がん患者に対して治療効果が示されている。タモキシフェンは、CYP2D6により代謝され活性代謝物になることを通して作用を発現する。そのため、CYP2D6を阻害する薬剤があると、タモキシフェンの活性化が阻害され、その作用が減弱する可能性がある。パ