

表1 せん妄の初期症状

- | | |
|---------|--------------------------|
| ● 不機嫌 | ● 指示に従わない(薬を飲まない, 面接を拒否) |
| ● 怒りっぽい | ● 話が回りくどい |

用編なのです。

● あらためてせん妄の原因と症状をみましょう

1. せん妄の初期症状(表1)

- せん妄の症状は意識障害が中心ですが、初期のごく軽い意識障害のときには不機嫌など、感情面の症状と似ていることがあります。

Point ▶ せん妄の初期症状は、感情面の障害に似ています。

2. 患者さんが不機嫌に思えるとき

- 「あの患者さん、キャラが変わったよね」は、せん妄を見落とす原因になるので、絶対に禁句です。
- 不機嫌になったように感じたときには、「せん妄かも?」と鑑別するようにしてください。

Point ▶ 「キャラが変わった」は**禁句**!

3. なぜ、睡眠薬を投与したらせん妄になったのか?(図1)

- このケースでは、睡眠薬を投与してせん妄になったのではありません。
- すでにせん妄になっている患者さんに睡眠薬が投与されて、せん妄が悪化したのです。
- せん妄の患者さんには睡眠薬は禁忌です。投与してはいけません(抗

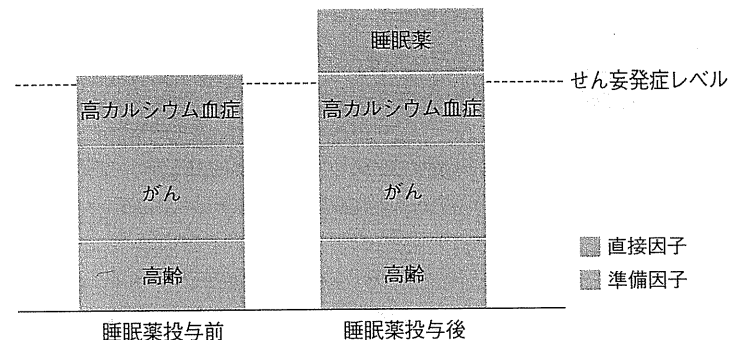


図1 田村さんのせん妄が悪化した理由

すでにせん妄になっているところに、睡眠薬が投与されたので症状が悪化した。

不安薬も睡眠薬と同じ系統の薬なので禁忌です。

Point ▶ せん妄患者さんに睡眠薬の投与は禁忌です。

- でも、この場合はせん妄と気がつかないで睡眠薬を投与しています。臨床の現場ではこのようなことが多いので注意してください。

4. 細かい点にも目を向けて、せん妄を早期発見

- 田村さんはせん妄が始まってから数日が経過していたようです。不機嫌になった時点で本人と十分に話をしておけば、辻褃の合わない会話に気がついたかもしれません(どうやってせん妄を見抜けばよいのでしょうか、52ページ参照)。

● せん妄の治療

1. 治療の柱は？

- せん妄の治療は、現疾患の治療、環境調整、薬物療法が大切です。
- 田村さんのケースでは、高カルシウム血症が原因として同定できましたので、原因治療としてゾレドロン酸（ゾメタ[®]）の点滴を行い、せん妄症状は改善しました。
- ハロペリドール（セレネース[®]）をはじめとした抗精神病薬はせん妄の治療でしばし使われる薬剤ですが、これらはせん妄の症状を軽くするだけの対症療法です。原因治療ではありません。

Point ▶ 抗精神病薬による薬物療法はあくまでも対症療法です。

2. 環境調整を考えていますか？

- 前項で述べたように、せん妄の治療は、現疾患の治療、環境調整、薬物療法が三本柱です。
- 精神症状の改善のための環境調整も念頭においてください。

3. 患者さんからせん妄のときのことを聴かれたら

- せん妄のときの行動は、あくまでも意識障害によるもので、本人に責任はありません。
- ご本人から様子を聴かれて、詳細に説明しても患者さんが苦悩するだけです。

(大西秀樹)

「眠剤を3回飲んででも眠れないんです」

CASE まずはこんなひとコマから…

- あなたは今日、日勤。
- 朝の申し送り。
……「乳がん再発で入院中の田中さん（55歳）。肋骨転移による痛みのため、ロキシニン[®]とオキシコンチン[®]を服用中で、現在、痛みは治まっています。ここ数日、夜眠れないとの訴えがあり、指示の眠剤を3回投与したのですが、少しうとうとただけであまり眠れないようでした」
- 田中さんは5年前に右乳がんの診断で乳房摘出術を行い、術後には抗がん剤、ホルモン療法を継続しています。1年前に骨転移が見つかりましたが、体調は良好で外来治療を継続していました。ところが、2週間前から体調が優れず、食欲もないので入院となっています。身体面では肋骨のみに転移を認めます。血液・生化学検査のデータに異常を認めません。
- 家では、ご主人と娘さん（28歳）との三人暮らし。娘さんとご主人は治療に協力的です。ご本人は、結婚以来、専業主婦として家事を切り盛りしてきました。
- ……眠剤を3回飲んででも眠れない患者さん。
いったい、どうしたのでしょうか？

●せん妄の治療

1. 治療の柱は？

- せん妄の治療は、現疾患の治療、環境調整、薬物療法が大切です。
- 田村さんのケースでは、高カルシウム血症が原因として同定できましたので、原因治療としてゾレドロン酸（ゾメタ[®]）の点滴を行い、せん妄症状は改善しました。
- ハロペリドール（セレネース[®]）をはじめとした抗精神病薬はせん妄の治療でしばし使われる薬剤ですが、これらはせん妄の症状を軽くするだけの対症療法です。原因治療ではありません。

Point ▶抗精神病薬による薬物療法はあくまでも対症療法です。

2. 環境調整を考えていますか？

- 前項で述べたように、せん妄の治療は、現疾患の治療、環境調整、薬物療法が三本柱です。
- 精神症状の改善のための環境調整も念頭においてください。

3. 患者さんからせん妄のときのことを聴かれたら

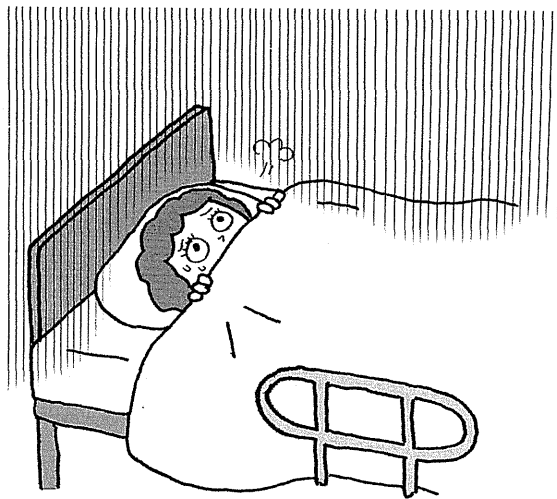
- せん妄のときの行動は、あくまでも意識障害によるもので、本人に責任はありません。
- ご本人から様子を聴かれて、詳細に説明しても患者さんが苦悩するだけです。

(大西秀樹)

「眠剤を3回飲んででも眠れないんです」

CASE まずはこんなひとコマから…

- あなたは今日、日勤。
- 朝の申し送り。
……「乳がん再発で入院中の田中さん（55歳）。肋骨転移による痛みのため、ロキソニン[®]とオキシコンチン[®]を服用中で、現在、痛みは治まっています。ここ数日、夜眠れないとの訴えがあり、指示の眠剤を3回投与したのですが、少しうとうとただけであまり眠れないようでした」
- 田中さんは5年前に右乳がんの診断で乳房摘出術を行い、術後には抗がん剤、ホルモン療法を継続しています。1年前に骨転移が見つかりましたが、体調は良好で外来治療を継続していました。ところが、2週間前から体調が優れず、食欲もないので入院となっています。身体面では肋骨のみに転移を認めます。血液・生化学検査のデータに異常を認めません。
- 家では、ご主人と娘さん（28歳）との三人暮らし。娘さんご主人は治療に協力的です。ご本人は、結婚以来、専業主婦として家事を切り盛りしてきました。
- ……眠剤を3回飲んででも眠れない患者さん。
いったい、どうしたのでしょうか？



● 眠れない=睡眠薬か？

- 入院中の患者さんが眠れないときに備えて、「不眠時指示」が出ていて、多くの場合、指示薬は睡眠薬だと思います。
- 確かに睡眠薬は患者さんを眠りに誘います。
- しかし、それだけですべての患者さんが眠れるようになるわけではありません。なぜなら、「眠れない」という訴えの元になる原因が奥に潜んでいるからです。

Point ▶ 眠れない≠睡眠薬

● 原因は？

- 不眠の原因について考えてみたいと思います。表1を見てください。不眠にはさまざまな原因のあることがわかります。

表1 不眠の原因

身体的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ● 痛み ● 薬剤による不眠（ステロイドなど） ● アカシジア ● ムズムズ足症候群
精神的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ● がんの再発 ● 精神疾患（適応障害、うつ病、せん妄）
社会的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ● 会社を辞める可能性 ● 子どもの教育 ● 家族との関係 ● 金銭的な問題
環境面	<ul style="list-style-type: none"> ● なれない環境 ● 同室者との関係

Point ▶ 不眠の原因はさまざまです。

- 原因については、1. 身体面、2. 精神面、3. 社会面、4. 環境面について考えることが必要です（表1）。

1. 身体面

- ①痛み：患者さんが不眠を訴えてきたときに忘れてはならないのは「患者さんに痛みがあるか」ということです。痛みで眠れないことはまれではありません。
- ②薬剤：患者さんがどのような薬を飲んでいるか確かめることも必要です。ステロイドを服用している患者さんで不眠が出ることもあります。
- ③アカシジア：オピオイドの副作用である吐き気対策として、プロクロルペラジン（ノバミン[®]）、ハロペリドール（セレネース[®]）、リスパリドン（リスパダール[®]）などを服用した際の副作用です。主に下肢がムズムズして落ち着かなくなるため、不眠の原因となります。
- ④ムズムズ足症候群：入眠時に足がムズムズして、いてもたってもいられなくなります。

2. 精神的なこと

- ①がんの罹患，再発で，先々の不透明感が生じ不安，抑うつが生じ，そのために不眠の原因となります。
- ②適応障害，うつ病などの精神疾患では不眠の頻度が高くなります。

3. 社会的なこと

- ①会社勤めをしている人であれば，長期の休職，昇進の遅れ，失業などがストレスの原因となります。
- ②家庭内では，子どもの養育がおろそかになる，家事の負担を家族にかけることなどがあります。

4. 環境面

- ①慣れない環境：入院自体が非日常でストレスの原因となります。
- ②同室者との関係：大部屋の場合，同室患者・家族との関係が必ずしも良くない場合があります。それがストレスとなり，眠れなくなることもあります。同室者のいびきで眠れないこともあります。

● 眠れない原因を知るには？

- では，眠れない原因を探るためにはどうすればよいのでしょうか。
- 患者さんの話をよく聴くことです。家族からも，患者さんに関する日常的な話を聴いてみてください。
- 話を聴くときには，表1にあげたような問題点を一つ一つチェックして，原因を探し出してください。

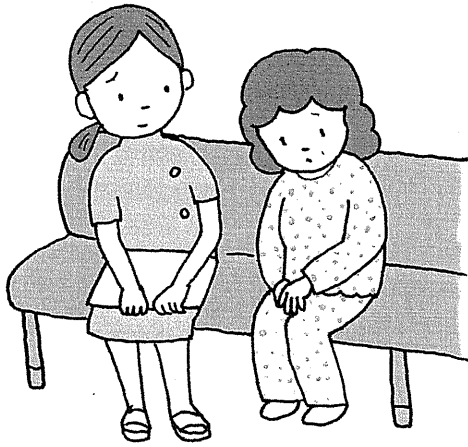
Point ▶ 不眠の原因となる問題を探ろう！

● どうすれば，患者さんは眠れるようになるのか？

- まず大切なことは「眠れない原因を除去する」ことです。
- 田中さんは，不眠の原因となるような身体面，社会面，環境面での問題が認められませんでした。
- このような場合はどうすればよいのでしょうか。
- さまざまな原因を考えても，眠れない原因がわからないときにはうつ病でないかを考えるようにしてください。

Point ▶ 不眠の原因としてのうつ病を忘れずに！

- 日勤のあなたは，患者さんに眠れない理由として精神面の問題がないか聴いてみることにしました…
「最近，眠れないようですけど，ご気分はいかがですか？」とたずねると，田中さんは，ぼつぼつと話し出しました。
「そうなんです。眠ろうと思っても眠りにつけず，0時になって少しうとうとしたかと思うと，2時ごろに目が覚めて，それ以後は全く眠れません。昼寝をしようと思っても眠れないんです」
「最近，気分が落ち込むし，趣味にも打ち込めないので，お花のお稽古もやめてしまいました」
「午前中は身体を動かすのも億劫で，夕方になると少しやる気が出るので洗濯と夕食の支度をします」
「食欲はなくて，体重が5キロも減ってしまいました」
「本を読んでも集中できないので，読んだ内容が頭に残りません」
「私は，こんな状態なので家族に迷惑ばかりかけているんです」
- この患者さんの話を所見としてまとめてみましょう。カッコ内は会話の内容です。



- ・抑うつ気分（最近、気分が落ち込むし）
- ・意欲の低下（お花のお稽古もやめてしまいました）
- ・睡眠障害（眠ろうと思っても眠りにつけず）
- ・食欲低下（食欲はなくて、体重が5キロも減って）
- ・全身倦怠感（午前中は身体を動かすのも億劫）
- ・集中困難（本を読んでも集中できない）
- ・自責感（家族に迷惑ばかりかけている）

- 話を聴いて考えてみると、不眠の原因として、うつ病が浮かんできたので、担当医と相談し、精神科に診察を依頼することになりました。
- 精神科医の意見では、「この患者さんから得られた所見を診断基準（表2）に当てはめると、診断に必須の1. 抑うつ気分、2. 意欲の低下の両方が認められ、全部で7項目を満たすので、臨床診断はうつ病となります」でした。
- 抗うつ薬の投与により、2週間後には睡眠が得られるようになり、3週間後には気分も持ち直し、食欲、全身倦怠感が改善したため、外来での対応が可能となり退院となりました。

表2 うつ病診断基準と典型的な訴え

精神症状	典型的な訴え
1. 抑うつ気分*	気分が滅入る
2. 興味・意欲の低下*	趣味に興味を持てない、何もしたくない、ペットが煩わしい
3. 自責感	他人に迷惑をかけている
4. 希死念慮	死にたい、目が覚めなければと思う
身体症状	
5. 食欲低下	義務的に食べる、味がない
6. 全身倦怠感	身体がだるい
7. 制止	頭の回転が鈍い
8. 不眠	寝付けない、すぐに目が覚めてしまう、昼寝もできない
9. 集中・決断困難	新聞を読むことができない、何を買ってよいのかわからない。

【診断基準と関係ないが、よくみられる症状】

めまい
ふらつき
喉が締め付けられるような感じ
胃部不快感

*1, 2 のどちらかは診断に必須である。

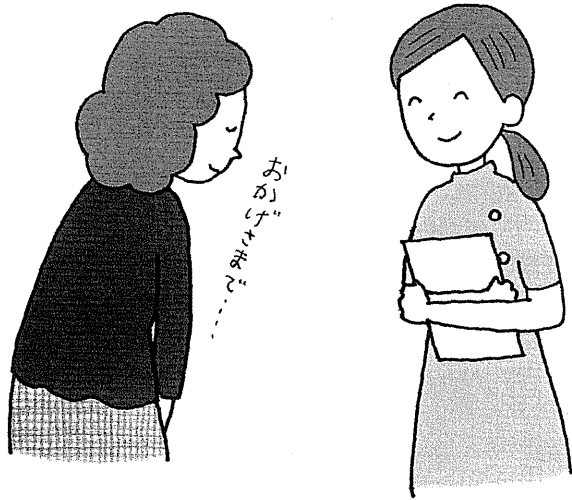
上記9項目のうち、5項目以上が2週間以上認められる場合にうつ病と診断する。

- 患者さんが眠れないと訴えてきたときに大切なことは、「何が原因で眠れなくなっているのか考えること」です。

Point ▶何が原因で眠れないのか考える習慣をつけましょう。

●がん患者さんのうつ病に関してもう少し勉強しましょう

- がん患者さんでは、食欲不振、全身倦怠感は一般的に見られる症状です。
- しかし、この症状はうつ病でも一般的にみられる症状です。



- うつ病の症状と、がんの症状は重なり合っているので注意が必要です。
- 「がんだから食欲不振は当然」「倦怠感のがんのため」と決めつけずに、うつ病や他の疾患が原因でなっていないか考える習慣をつけてください。

(大西秀樹)

化学療法が終わっても「何だかだるい」

- 「心のケア」って傾聴することですよね、とよくたずねられます。
- たしかにそのとおりですね。
- 「身の置きどころがない」くらいだるかったら、ステロイドでだるさをとるしかないし、話を聴く以外にできないから、「心のケア」ではどうにもならないですよね。
- ん、そうでしょうか？
- という話をしようと思います。

CASE 「身の置きどころがないです…」

- ある日のことです。レジデントの先生からコンサルテーションの依頼がきました。
- 「45歳のAさん、膵がん、IV期（後腹膜浸潤、腹膜播種、リンパ節転移）の方です。ケモ（ジェムザール[®]）をしていましたが、倦怠感が強くて中止となりました。まだ1回目なので判定はこれからですが、とりあえずいったん退院の予定です。このところ眠れないようで、眠剤を希望していますのでよろしくお願いします」
- あっさり、すっきりとした紹介状です。「眠れない」ということですが、すぐにも退院のような書きっぷりです。急ぐ理由でもあるのかな、とも思い、病棟のスタッフの方に様子をたずねることにします。
- 病棟の看護師さんが言います。「Aさんですか。あーそうですね、ケ

使っていただくようにします。

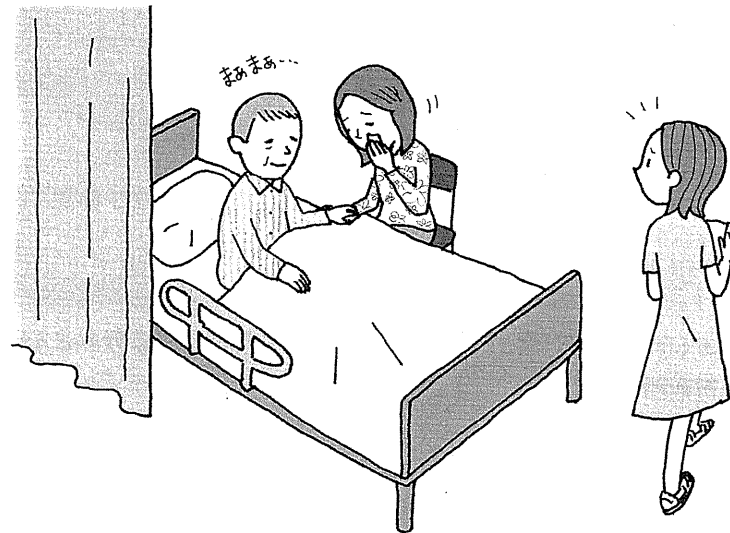
- 抗不安薬は即効性がありますので、まず発作を止めて患者さんに安心していただく上で非常に効果的な薬です。
- 抗不安薬で発作が止まればよいのですが、不安が強い場合に、抗不安薬だけでは十分ではない場合もあります。その場合には、抗うつ薬の中のSSRIやNaSSA、SNRIといわれる薬を使います。これもご存知でしょうか、ジェイゾロフト®やパキシル®, リフレックス®, サインバルタ®などです(一部保険適応外もあり)。こちらは即効性はありませんが、数週間内服を続けることで発作を予防するように働きます。
- 治療は薬だけではありません。患者さんの不安(これはパニック発作に関連することもあるでしょうし、がんという病気に関連することもあります)を十分にたずねつつ、患者さんの不安を軽くするために支持的に接しながら、「パニック発作は重篤な状態にはならないこと、安心してよいこと」を伝えていきます。精神保健の専門家が行う認知行動療法といわれる面接も効果があります。

(小川朝生)

患者さんの家族が泣いています。

CASE 総合病院の外科病棟でのこと…

- あなたは今日、胃がん終末期で個室に入院している野本さん(58歳、男性)の担当。
- 野本さんは2年前に会社の検診で異常を指摘され、胃がんの手術を受けましたが、1年後に肝転移が判明。以後、会社を退職して抗がん剤治療に専念したものの病状は進行。最近食欲もなく、1日中ベッドに横たわっています。病棟カンファレンスで、予後は2週間程度との予想です。
- 家では奥様と二人暮らし。子どもさんはいません。奥様は会社勤めですが、夕方には必ず病院へ来てご主人を見舞い、週末は朝から夕方まで病院にいます。奥様は、ご主人の予後について医師から説明を受けています。
- 午後、患者さんの検温に行くと奥様が面会に来ていましたが、その表情は曇っています。時折ハンカチで目頭を押さえており、患者さんである夫がそれをなだめていました。
- 奥様に何か起きているのではと考え、担当医へ報告すると、「野本さんは、末期だから奥さんが悲しいのも当然なんじゃないかな?」との返事が戻ってきました。でも、何だかしっくりきません。
- 泣いている奥様はいったいどうしたのでしょうか。



● 家族のうけるストレス(表1)

- 家族の一員ががんになると周囲の人はさまざまな援助を行います。
- これは当然のことですが、看病を行う家族にもストレスがかかることが知られています。
- 家族のストレスは、ケアを行うこと、治療決定に参加すること、金銭的なこと、自身の仕事のこと、社会との関係、家庭内のことなどさまざまな面に及びます。
- 家族は献身的に看病していて一見元気そうに見え、医療者は患者さん中心に見てしまうことから、患者さんの家族の苦悩にまで気づかないこともあります。

Point ▶ 家族もストレスを受けています。

表1 家族が抱えるストレス要因

実質的なケアの提供	<ul style="list-style-type: none"> ● 情緒的援助 ● 見守る状況が継続すること ● 時間の融通がきかないこと ● 患者の責任を負うこと ● 他の家族から見捨てられたと感じること
意思決定への参加	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療方針決定 ● DNRの選択, 了承 ● 鎮静の選択, 了承
財政面での問題	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院費, 治療費
仕事の問題	<ul style="list-style-type: none"> ● 休職, 退職
社会からの孤立	<ul style="list-style-type: none"> ● 友人関係が疎遠
家族バランスの変化	
適応を迫られること	
家族自身の健康問題	<ul style="list-style-type: none"> ● 成人病(がんを含む)

表2 がんが家族に及ぼす主な影響

身体面	<ul style="list-style-type: none"> ● 慢性的な睡眠障害 ● 身体疾患の罹患
精神・心理面	<ul style="list-style-type: none"> ● 苦悩は患者と同程度かそれ以上 ● 適応障害 ● うつ病 ● 感情障害(うつ病など)で入院するリスクの上昇
社会面	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭内バランスの変化 ● 失業 ● 収入がなくなる
実存(スピリチュアル)面	<ul style="list-style-type: none"> ● 人生の意味に関する振り返り

● 苦悩が家族に及ぼす影響(表2)

- 家族のストレスは大きいことから、心と身体などに影響を及ぼすことが知られています。

- ・身体面では、睡眠障害、身体疾患の罹患が増える
- ・精神面では不安・抑うつが2~4割に認められる
- ・家族に適応障害、うつ病などの診断がつくこともある

●患者さんよりも、家族の具合が悪いこともあります。

Point ▶ストレスは家族の心と身体に影響を及ぼします。

● 家族も患者？

●家族はさまざまなストレスを背負っているので「第2の患者」と呼ばれ、治療とケアの対象になっています。

Point ▶家族は「第2の患者」です。

● 対応

●家族への対応でとても大切なことは“話を聴く”ことです。話を聴くだけで家族の精神面での安定が得られることもあります。

Point ▶大切なのは話を聴くことです。

- 家族の苦悩はさまざまな領域に及びます(表3)。
- 家族が何に困っているかを知り、解決可能な問題に対応するようにします。看護師のみでは対応ができない問題に関しては、ソーシャルワーカー、心理士、精神科医などの専門職に依頼するなど多職種での対応が求められます。

Point ▶他職種との連携も必要です。

表3 家族が抱える問題の具体例

配偶者に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・苦しんでいる配偶者をみるのが辛い ・今後苦しむのではないか ・死が近いのではないか ・医師に見放されてしまうのではないか
自分自身に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・眠れない ・気分が滅入る ・身体がだるい ・持病の薬を取りに行くことができない ・自分の仕事も休みがちで会社に迷惑がかかる ・辛さを打ち明ける相手がいない
家庭のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・家に子どもを残して看病している ・子どもの進路相談に行く時間がない ・子どもの結婚式が近い ・認知症の義母の世話を誰かに頼まないといけない ・実母の調子も良くないが見舞いにならない
経済的なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病手当が切れる ・解雇で収入がなくなる ・貯蓄がなくなる

● 注意すること

●家族は“健康である(実際はそうではないのだが…)”自分たちが、苦悩を述べてはいけないと考えており、辛さを訴えないことが多いので、医療者はつい見逃してしまいます。

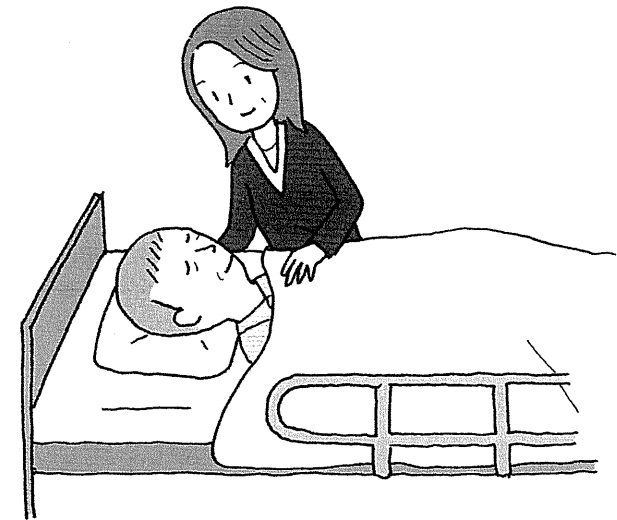
Point ▶家族の“辛さ”の見逃しに注意しましょう。

- 看病を行っているあいだに、自分の健康管理が疎かになってしまう家族もいるので注意してください。
- 家族の既往歴などを把握しておくことも大切です。看病のために自分の治療を中断している家族もいます。

- 家族がうつ病に罹患している場合は、精神科・心療内科の医師による治療が必要です。
- 気分が滅入る、眠れない、食欲がない、疲れる、考えがまとまらないなどの症状（69 ページ、表 2 参照）が認められる場合には「看病中だから、疲れるのは仕方ない」ではなく、「うつ病かもしれない」と考える習慣を持つべきです。

● さきほどの場面に戻ってみましょう

- 準夜勤務のあなたは、泣いている家族に「いかがされましたか？」と声をかけてみました。
- すると奥様は「少し話したい」と言うので、談話室で話を聴くことにしました。
- 奥様は疲れきった表情で、「夫になんと声をかけてよいかわからず、黙ったままであることが多くて…。夫に何もしてあげられない自分は何をしているのだろうと考えてしまいます」と涙ぐみながら話してくれました。
- いつも熱心に看病をしている奥様でしたので、「いつも、一生懸命看病されていますよ。傍にいて立派な看病なんですよ」と伝えたところ、「そうなんですか。少し安心しました」とほっとした表情になりました。
- 以後、奥様は今までどおりにご主人の看病を続けることができましたようです。
- 家族は、自分たちの看病が不十分ではないかと考えていることが多いようです。家族に対して、立派に看病をしていると保証することが、家族にとって力になることがあります。



- そばにいても立派な看病であることを伝えてあげてください。

Point ▶ 傍にいても立派な看病であることを家族に伝えてください。

(大西秀樹)

家族が怒っています。

CASE なにやら険悪な雰囲気です…

- 総合病院の内科病棟。
- 今日、あなたは準夜勤務。患者さんの病態を把握するために早めに病棟へ行ったところ、ナースステーションで怒鳴り声が聞こえます。
「この病院にきたら治してもらえと思ったから来たのに、このごまはなんだ！『もう、治療法がありません』なんて軽々しく言うな！今はいろんな治療があるっていうじゃないか。どうしてそれをしないんだ！この病院は医者も看護師も何もしてくれない」
- いったい誰が怒鳴っているのかと思ったら、大腸がんで入院中の北村



さん(60歳、女性)のご主人(60歳)でした。その傍らには担当医と看護師長さんが困り果てた感じで訴えを聴いています。

- 北村さんは4年前に大腸がんの診断で手術を受けましたが、2年後に再発。その後は外来で抗がん剤治療が行われてきましたが、病状は進行。体調が優れないため数日前から入院しています。現在行っている抗がん剤治療の効果がなくなると、今後は緩和医療が中心となる予定です。
- ご主人は税理士として経験30年以上のベテラン。奥様と二人で事務所を構えており、地元では親切な税理士さんとして評判です。お子さんが二人いますが、結婚されて遠方に住んでいます。
- こんな状況のなかでナースステーションに入ったのですが、「今日の北村さんの受け持ちは誰だろう？…私だった…。」一気に緊張が高まります。
- 担当の先生が近寄ってきて、「今晚よろしくね。以前から、ご主人には、この化学療法が効かなくなったら緩和医療に移行すると何回も説明していて、その場では納得されるんだけど、次に会ったときには『妻は治りますか』の質問なんだ。今日は体調も良くないことだし、化学療法が中止になるかもしれないことを伝えたら怒り出したんだ」。担当医はほとんど参った様子で訴えてきます。
- 看護師長さんも「さっき、ご主人から『今日は病室に泊まる』と申し出があったので、今晚お願いしますね」と疲れ切った様子で話してくれました。
- 聴くところによると、ご主人の訴えは1時間に及んだそうです。
- もう一人の準夜勤務の先輩が心配そうな顔をして近づいてきて、「ほかの患者さんのことは私が担当するから、北村さんに専念しても大丈夫

表1 心理的防衛機種の種類(主なもの)

否認	現実を意識しないようにする。不安、恐怖の対象がなかったかのように振舞うこと
置き換え	不安、恐怖、怒りを実際に感じる対象でなく、代理となるものを感じる
抑圧	自分自身が受け入れることのできない感情を否定したり、なかったことにして無理やり忘れようとする

夫」と言ってくれたのがせめてもの救いでした。

● **このような経験ありませんか？**

- 何回同じ説明をしても、次に会ったときは言ったことを忘れている。どうしてこんなことになるのだろうと不思議に思ったことはありませんか。
- 何回言っても忘れてしまうと「認知症？」と考えたくなるかもしれません。
- しかし、年齢も60歳と若く、現役の税理士としてバリバリ働いている人が認知症とは考えにくい。

● **「防衛機制」って知っていますか(表1)**

1. それってなに？

- 普段の生活は問題ないのに、肝心なことになると何度言ってもわからない。このような場合、肝心なことを認めたくないという心の動きがあるからこそ忘れてしまうのです。このような心の動きを「心理的防衛」と呼びます。
- ストレスの高い出来事があったときには、自らの心を守るため、無意

識のうちに行われる心の動きです(4ページ、イラスト参照)。

- 表1に心理的な防衛のなかで、がん医療現場でよくみられるものをあげてみました。

2. なぜ、防衛機制が起きるのでしょうか

- 家族の一員が、がんになること、治癒が望めないと知るとは非常にストレスの高い出来事です。その事実を即座にまともに受け止めたとしたら、自分の心を守りきれない可能性があります。ですから、自らの心を守る「心理的防衛」の動きが生じて不思議ではありません。

3. どのように対応すればよいのでしょうか

- まず、家族の訴えが心理的防衛であることに気づくことが大切です。
- 対応としては、防衛を解く方向へ導くことです。
- そのためには、家族の話を十分に聴き、訴えの裏に潜んでいる悲しみ、辛さの理解が大切になります。

Point ▶ 訴えの裏に潜む悲しみに気づくことが大切です。

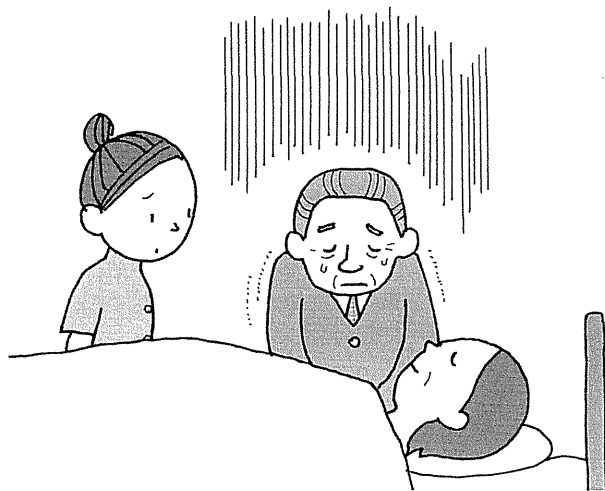
4. 気をつけること

- 家族の防衛に気がつかないでいると、「あの家族は、何度言ってもわからない」「身勝手だ」などと家族に対して陰性の感情が出てしまうことがあるので注意が必要です。

Point ▶ 自分たちの感情にも注意が必要です。

● 準夜勤務にて

- 今日の準夜勤務はどうなるのかと恐るおそる北村さんの部屋に入りました。奥様は寝息を立ててお休み中です。
「こんばんは」とご主人に話しかけてみますが、返事がありません。
- 思い切って聴いてみることにしました。
「ちょっと辛そうにお見受けするのですが」と問いかけると、ご主人はふと顔を上げて話し始めました。
「いや…実は、結婚して36年、妻に頼りきりだったんだ。家事から事務所の細々としたことまで、何の不平も言わずに黙々とこなしてくれた。60歳になったらゆっくり旅行でもしようかと思って、ここまですぐにがんばってきたんだけど…(涙)。56歳でがんになったときは手術で取りきれたと思ったんだけど、2年前に再発してからというものはお下り坂を転げ落ちるようだった。二人とも60歳になった今、妻のがんは進んでいる。旅行なんてとんでもない状態になってしまった。この先の見通しも明るくない。今までの人生は何だったんだろうと思って…」

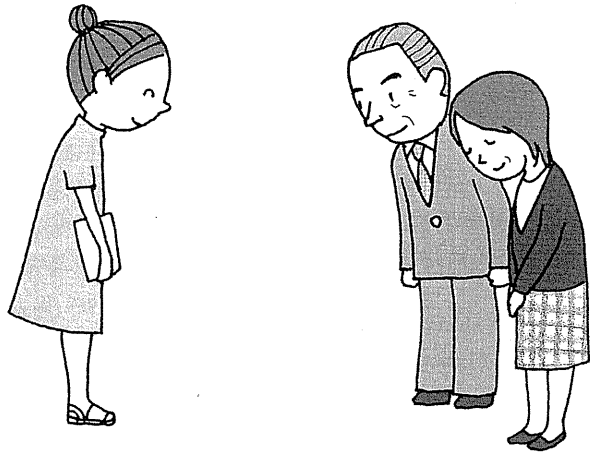


- 時折、目頭を押さえながら話す北村さんに対し、「本当に残念なことがたくさんあったんですね」と答えると「ありがとね。聴いてもらって、少し楽になったよ。妻を失うことは悲しいけど、残った時間を有意義に過ごしたいね」と北村さんの表情が少し和らぎました。
- 北村さんの部屋を出て、ナースステーションに戻ると、先輩看護師が「ご苦労様。どうだった？」と心配そうにたずねてきます。
「はい。ありがとうございます。辛そうだったので、そのことをたずねたら、今までの経過を話してくれました」
「また、怒ったりしていたの？」
「いいえ。奥様の死後のことも考えていた様子でした」
「良い結果に終わったみたいね」
- 先輩看護師もほっとした様子です。
- 翌日からは、担当医に対し「妻の病状はどうですか？」と自らたずね、担当医の回答に対して丁寧なお礼を述べるようになりました。その後は、病状を“忘れて”しまうことはなく、現実認識も良好になってきています。
- 1週間後体調が回復した北村さんは退院していきました。ご主人もスタッフに丁寧にお礼を述べた後、病室を去りました。

● なぜ、ご主人が穏やかになったのでしょうか

- ご主人が穏やかになったのは、防衛が解けたためですが、その理由は看護師が、怒りの奥にあるご主人の悲しみと対話したため、ご主人が妻を失う悲しみと向き合うことができるようになったのです。
- それ以前、奥様の身体の調子が良くないことを理論的に説明しても通じなかったのは、心の奥底にある悲しみにまで医療者の声が届いてい

主治医はメンタルをわかってないみたいです。



なかったためです。

- 論理的に進めてもうまくいかないことは臨床の現場でよくみられます。ご家族の心の奥底では何が起きているのか、常に考えてみる必要があります。
- 防衛機制が解けなくて、治療を強要するなど、医療上の問題が生じるような場合もあります。そのような場合には、穏やかに事実を伝え、家族の希望通りに行うことで医療上の問題が生じることを伝えるべきです。

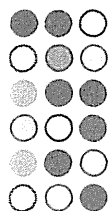
(大西秀樹)

- ちょっとどっきりするタイトルです。
- 病棟を回っていると、コンサルテーションにはならないけれども困ったことの相談が緩和ケアチームに舞い込みます。ある病棟のスタッフから声をかけられました。スタッフがやや怒ったような口調で話します。
- 「どうしたらいいかわからないので、ちょっと相談いいですか。60歳の男性の患者さんで、大腸がんで手術をしたけれども再発、それからずっと外来で化学療法をしていた患者さんなんです。抗がん剤で手足もしびれて歩くのも大変になったんですが、それでもがんばって治療を続けてきたんです。でも肝転移とリンパ節転移が進んで、腹水もたまってきた、お腹も張るし、吐き気も出たりして食事が摂れないので入院になったんです」
- なるほど、かなりしんどそうですね。
- 「でしょ。そうなんで、お腹の張りや痛みにおピオイドを開始して、点滴したらだるさは少し取れてきたんです。そうしたら主治医のA先生が先週患者さんと家族と面談をしたんです。もう抗がん剤は効かなくなっているから、抗がん剤の治療はできない、あとは緩和ケアをするしかないって。もう治療はしないので、家の近くの病院に転院を考えるようになって。それで患者さんがすごい落ちこんじゃって、処置しながら話を聴くと『生きていても迷惑をかけるだけだし、死んでしまいたい』と泣いているんです。『つらいことを主治医の先生に言ったら』と勧めるんですけども、『言っても仕方がないから』ってだま

支持・緩和 薬物療法 マスター

がん治療の副作用対策

編集 江口 研二(帝京大学医学部腫瘍内科教授)
相羽 恵介(東京慈恵会医科大学内科学講座腫瘍・血液内科教授)
門田 和気(東京北社会保険病院緩和ケア科長)
高野 利実(虎の門病院臨床腫瘍科部長)



せん妄

処方・処置例

1 原因のスクリーニング、原因の治療

2 オピオイドが原因と考えられる場合

■ 疼痛が十分緩和されていれば、

オピオイドを25%/日ずつ減量

オピオイドを減量するために、非オピオイド鎮痛薬、神経ブロックなどを検討

■ 疼痛が緩和されていない場合は、

▽ 抗精神病薬を併用(表1)

【経口摂取可能な場合】

クエチアピン 25mg 寝る前 不穏時1回分追加(1日100mgまで)

または

リスペリドン 0.5mg タ～寝る前 不穏時1回分追加(1日2mgまで)

【経口摂取できない場合】

ハロペリドール(セレネース®) 0.5A点滴 タ～寝る前 不穏時1回分追加(1日10mgまで)

* 毎日評価し、追加で使用した分を定期的に増量し、安定する投与量を確定する。

▽ オピオイドを変更し、適宜抗精神病薬を併用

経口モルヒネをフェンタニル貼付剤、経口オキシコドンに変更

経口オキシコドンをフェンタニル貼付剤に変更

▶ 適応

オピオイド投与中にせん妄症状を生じた患者。
薬物療法はせん妄の根本的な治療ではないことを十分に理解し、原因の除去に努めること。

▶ 管理目標

せん妄症状が緩和され、症状が生活の支障にならない。

▶ 注意点

せん妄の治療は、原因の評価と治療、対症療法としての抗精神病薬の投与、オピオイドの変更とオピオイド以外の鎮痛方法の最大化が重要である(図1)。

図1 せん妄の治療のオーバービュー (文献1より引用)

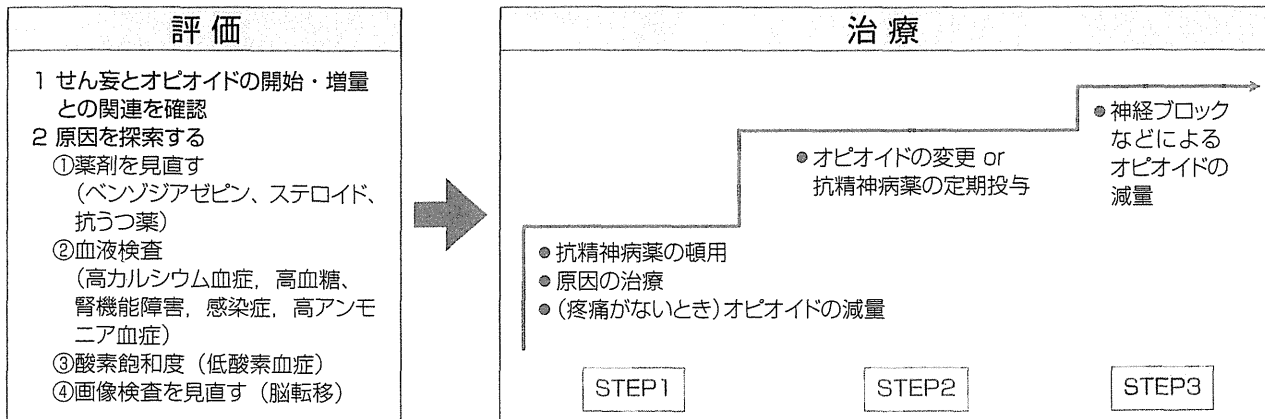


表1 せん妄の治療に使用される抗精神病薬

	T _{max}	半減期	せん妄に対する 使用量	特徴
セレネース [®] (ハロペリドール)	5.1	24	0.75~3mg	古典的。睡眠作用は弱いので就眠は期待しにくい。錐体外路症状が多い。持ち越しがある
リスパダール [®] (リスベリドン)	2.9	22 (代謝物)	0.5~2mg	非定形抗精神病薬として使用経験が多い。錐体外路症状が比較的少ない。持ち越しがある
セロクエル [®] (クエチアピン)	2	3.5	25~100mg	半減期が短く、就眠作用もあるため、初回投与薬として使用しやすい。高血糖のリスクのため糖尿病では禁忌
ジプレキサ [®] (オランザピン)	3	30	2.5~10mg	抗コリン作用が強くせん妄を悪化させる場合がある。半減期が長いので持ち越しがある。高血糖のリスクのため糖尿病では禁忌

原因の評価と治療

せん妄を生じる他の要因(他の薬剤[ベンゾジアゼピン、ステロイド、抗うつ薬など]、中枢神経系の病変、電解質異常[高カルシウム血症、低ナトリウム血症など]、貧血、血糖値異常、腎障害、肝障害、高アンモニア血症、脱水、感染、低酸素血症、ビタミンB群欠乏、内分泌疾患)を除外する。オピオイド以外の原因が考えられる場合には、原因の治療を検討する。特に、頻度が高く治療可能なことが多い原因は、薬剤(ベンゾジアゼピン、ステロイド、抗うつ薬)、高カルシウム血症、脱水、感染、低酸素血症である。また、頻度は少ないが治療可能な病態として、ビタミンB群欠乏、良性の頭蓋内病変(慢性硬膜下血腫など)が重要である。具体的には、投与薬物の見直しとせん妄の出現や

悪化との時間関係の確認、血液検査、頭部画像検査の見直しを行うことにより、主要なせん妄の原因を除外することができる。

対症療法としての抗精神病薬の投与

せん妄に対しては、抗不安薬や睡眠薬ではなく、抗精神病薬を第一選択として使用する(表1)。第一選択薬としては、ハロペリドールが古典的である。近年、錐体外路症状が少なく、同じ効果が期待できる非定形抗精神病薬が用いられており、いずれの薬剤がいずれの薬剤より有効であるとの知見はない。リスベリドン、クエチアピン、オランザピンなどが用いられる。また、抗精神病薬を投与してもせん妄のために睡眠が得られない場合や数日以内の死亡が予想され

高頻度の症状

用量に関係せず出現する症状

早急に治療を要する症状

モルヒネ大量投与時に出現する症状

る終末期せん妄に対する対処としては、ベンゾジアゼピン系薬剤の投与を検討してもよい。

腫瘍治療医としては、いずれか数種類の薬剤に習熟し、それで解消されない場合には精神科医に相談するのが望ましいと考えられる。

◎ オピオイドの変更とオピオイド以外の鎮痛方法の最大化

オピオイド以外の鎮痛方法の最大化

オピオイドが原因と考えられるときには、鎮痛が十分できていれば25%ずつオピオイドを減量する。鎮痛が不十分であれば非オピオイド鎮痛薬の

追加、神経ブロックなどの麻酔科的鎮痛、放射線治療など他の鎮痛手段を加えてオピオイドの減量を検討する(表2)。わが国では、神経ブロックを専門とする医師の診察を得ることが可能な施設が多いので、オピオイド投与量が中程度(たとえば、経口モルヒネ60mg相当)になった患者では、麻酔科的な処置が可能な病態であるかどうかの医学的判断を早めを確認し、「せん妄になる前」に麻酔科的鎮痛のオプションについて患者と話し合っておくことが望ましい。

(森田達也)

表2 オピオイド以外の主な鎮痛手段

非オピオイド鎮痛薬	NASIDs、アセトアミノフェン2~4g/日のオピオイドの使用は、オピオイド単独による鎮痛よりも中程度の鎮痛効果がある
神経ブロック	神経ブロックによりオピオイドの使用量を減らして鎮痛することができる 胸部の疼痛……硬膜外ブロック、クモ膜下フェノールブロック、熱凝固 陰部の疼痛……サドルブロック 上腹部の疼痛……腹腔神経叢ブロック
放射線治療、アイソトープ治療	骨転移では局所放射線治療や、多発性骨転移ではアイソトープ治療が適応となる
外科治療・骨転移部位の固定	動揺性のある骨転移では、整形外科的固定、装具による固定などが重要な鎮痛手段となる
抗コリン薬、抗分泌薬	消化管閉塞による疼痛では、抗コリン薬(ブスコパン [®])、抗分泌薬(サンドスタチン [®])、ステロイドを投与する
生活指導	患者が「痛い」と訴える場合、持続痛の場合と突出痛の場合がある。突出痛は定期的にオピオイドを内服する患者の70%に生じる。定期的なオピオイドを増量してもなくなり、安静時のオピオイド量が過量となり精神症状を生じやすい。この場合、突出痛に対して、生活動作の工夫(杖やトイレの周りに手すり置くなど)、レスキューをあらかじめ内服するなどの生活指導が重要である
精神的支援	不安に対する傾聴、保証、心理専門職によるケアがある

●●● この症状が起こりやすい薬剤

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、デュロテップ[®]パッチ、コデイン。
すべてのオピオイドでせん妄を発現する可能性がある。

V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題

森田 達也

(聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

経緯

OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」) は、2005年から毎年2領域ずつ行われている「戦略研究」の一部である。

「戦略研究」は、わが国では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模な研究を完遂して国民に迅速に還元することを目的として設定され

た。従来の一般公募による厚生労働科学研究費補助金とは別に、厚生科学審議会科学技術部会の意見を踏まえながら行われるものである。これまでに、糖尿病、自殺など国家的に重要な健康問題が課題に設定されてきた。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。

緩和ケアが課題として選択された背景として、わが国ではがん患者からみた quality of life (QOL)・緩和ケアの質の評価が不十分であること (図1) や、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから (図2)、がん対策基本法での重点領域と位置づけられたことが挙げられる。

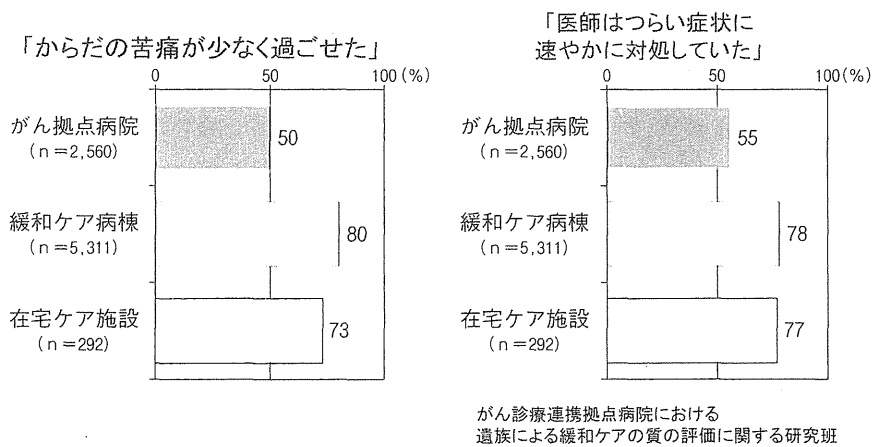


図1 がん患者の遺族による quality of life, 緩和ケアの質の評価

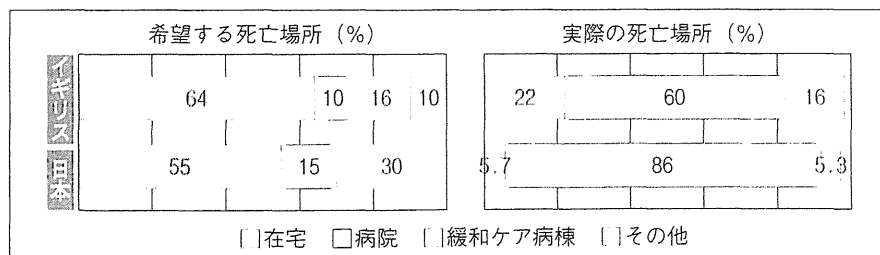


図2 がん患者の死亡場所