

えた方のほとんどの方で、がんに匹敵する、もしくは、がんほどではないけど、がんの次に大変な困難に向き合われた経験を、必ず皆さん持っておられます。50代でがんを経験した方にお聞きしますと、30代で脱サラしたとき、あのときほど大変なことはなかった。育児、高校入試、大学入試で、あのときほど子育てが大変なことはなかったという主婦の方。がんに匹敵するほどではないけど、がんと同じぐらい、もしくはがんに次いで大変だった。そういった経験は必ずお持ちですので、そのとき、どういうふうに向き合われたのか。

がんを山登りに例えますと、1合、2合、3合と刻んで、計画的に進む方もいらっしゃるし、一気に登る方もいらっしゃいますし、すそ野をするりとかわす方もいらっしゃいます。その人、その人、個人の個性に合ったがんの向き合い方が必ずありますので、それをもう一度、今のがんに当てはめてみる。ほとんどの方の場合、それでうまくいくことが多いわけですけど、がんという衝撃のあまり、そのやり方を忘れておられる方がたくさんおられます。ですので、誰かに相談しながら。医療者、われわれでも構いませんし、身内の方でも構いませんし、看護師でも構いませんので、誰かに相談しながら、もう一度そのやり方をどういうふうに当てはめてみましょうか。そういったことを整理されると、多くの方はうまくいきます。

次に、リラックス法。これは、体の緊張を解く方法です。皆さん、がんを抱えると、全身がいつも緊張の連続にありますので、地雷原を歩いていくようなドキドキ感があります。ですので、筋肉は自然にいつも硬く緊張しています。

少し一緒にこのリラックス法をやってみましょうか。皆さん、手を挙げてみてください。若干お疲れの方もいらっしゃるようですけど、手を挙げてみてください。そして、思いっきり手を握ってみてください。はい、緩めて。もう一度、ぎゅうっとしてみてください。緩めてください。降ろしてください。次に肩を上げてみます。ぎゅうっと肩を上げてください。はい、緩めて。ぎゅうっと上げてみてください。はい、緩めて。

いかがでしょうか。ふわっとした感じ。逆にがん患者さんは、いつもどうなっているかという、いつも緊張している状態、戦場にいる状態。よく戦場にいる兵士に例えられるようなことがありますけど、いつも何かおっかなびっくりの状態。それをコントロールするために、この頭の先からつま先まで、全身の筋肉を収縮させては弛緩させる。手、腕、頭、目、口、首、肩、胸、おなか、足。全身の筋肉でこれを全部やるうとすると、15分~20分かかります。これを朝昼晩3回ぐらいすると、安定剤を飲むぐらいの効果があるというふうに言われていますので、お薬が嫌いな方は、この方法を試されて、少しがんになる前のストレスのかかっている状況に戻っていただく。

自分は、薬のほうがいいと言われる方もいらっしゃいます。そういった方には、抗不安薬、睡眠導入剤、抗うつ薬。がんを体験された、長い闘病生活では、どこそこかの時期で、必ずこれを利用される方がほとんどであります。手術の前、眠れないから睡眠剤を使うとか、いろんな時期にいろんなお薬を使いますので、ぜひ適切に利用していただけたらと思います。がんは、ある意味、糖尿病とか高血圧と同じように、今、慢性疾患と考えられていますので、体の治療をきちんと進めていく上でも、心の状態をいい方向に保つのは非常に重要です。

そして、いろんな窓口。私は3月まで千葉県の柏市におったんですけど、がんセンター以外にも保健所やいろんな相談窓口で、いろんな相談を受けておりました。がん患者さんのみならず、家族の方も、ある意味、長い闘病生活での重要なサポーターでありますので、そういった方、家族の方が健康になることで、がん患者さんが健康になる。そういったことも支援しておりました。

■自分らしく生きる

冒頭で、64万人の人のうち34万人の人は、がんが再発、進行するというお話をしました。ある意味、多くの状態で、死に向かう大きなストレスがかかる時期であります。

特集 がんを抱えて生きること

48歳女性のパート事務員の方、乳がんの再発を経験されました。化学療法を受けて、放射線療法を受けて、日常生活に軽い支障がありました。ご相談を受けたときの内容は、不安である。不安でしかたがない。がん治療を行ってきたけど、もう治らないんじゃないか。何を目標にしたらいいのか分からない。ご家族は、ご主人、ご長男、そして不登校の次男の4人家族の方々でありました。乳がんの再発のあと、いったんパートに復職したんだけど、体のしびれがあり、再休職。そして、不安を何度も何度も経験するので、われわれのところに紹介されました。

初めてお会いしたときにおっしゃっていたことは、再発してもう3年にもなるんだけど、精一杯がん治療をやってきたと思う。これから何を目標にすればいいのか分からない。もう不安で不安でしかたがない。何かやり残したことがあるんじゃないか。そういったふうにお見受けしました。

不安があまりにも高まっているために、これではカウンセリングができないということが分かりました。不安、そして、うつ病も新たに合併していることが分かりましたので、抗うつ薬を使用して症状がいったん軽減しました。そして、患者さんのお話を伺っていくと、どうも人間関係、それも夫婦、親子の関係をもう一度修復したいんだ。限られた時間の中で解決しなきゃいけない。そういった切羽詰まったものがあって、不安を訴えられていたということが分かってきました。

お話を伺うと、患者さんはパートで家計を支えながら、子育てを行ってきた。そういったときに、次男の方が不登校になり、そういう事態を前にしたときに、家庭よりも仕事に没頭して、ある意味、よくなかったんでしょうけど、本人は罪悪感を持ちながら仕事を優先してしまった。再発治療のあと再々発して、さらに不登校から退学に至ってしまった。退学を機に気持ちが一気に絶望的になり、無力感を感じて、無価値感、人生の意味の喪失を感じたというふうに語られました。

この心の評価を少し一緒にしてみたいと思います。心を評価するとき、まず、心を入れている器

は何かと考えると、一番大きい器は、まず体です。体のしびれがあるということで、この方は左の腕のしびれがありましたので、まず、しびれのお薬の治療も行いました。そして、先ほど少しお話ししましたが、不安やうつ病の治療もしました。体、それから精神症状。これは、ある意味、脳の症状であります。心を入れている器の体の症状、脳の症状をまず軽減する。その上で、乳がんの患者さんの介護の問題。ご主人、次男の方がローテーションを組んで、かわりばんこに介護をする。そうやって、ようやく心を落ち着かせる土俵づくりができた。その上で、親子や夫婦の話題を取り上げることができました。

そして、ご自身の人生の振り返りの問題。不登校、そして退学になったご次男のこと。そして、夫の方。そういう2人に仕事に没頭したことによる罪悪感を語って、家族の時間を持つため、この方が提案したんですけど、田舎巡りの旅行を家族で行った。そういう時間を限られた時間で過ごしたい。もう1度きずなをつくりたい。1年後、緩和ケア病棟でお亡くなりになりました。

この方の場合、残された時間を、長くというよりも内容を濃く、それも人生の50年の中で総決算にあたる、家族とうまくいかなかった関係を中心に据えて、問題解決に全力を注がれました。そういう目標がはっきりすると、下腹に力が入って、肝を据えて、限られた時間で何をしよう、家族と一緒に思い出になる旅行をしよう、計画をされました。

がんによって将来がなくなってしまうのではないかというような悪い知らせというのは、ある意味終末期、もうがん治療がないというときに経験される方もいらっしゃる。初めてがんと知らされたときに感じる方もいらっしゃいます。これは、個々人によって皆さん違います。今の乳がんの患者さんは、再々発の治療はもう無理だろうと自覚されたときに、人生の最も苦しい時間を過ごされました。不安で不安で、このまま終わっていいのだろうか。見通しが立たなくなるという不安です。

見通しというのは、それぞれ皆さん、人生50年、

60年、70年、80年で、その延長線上に見通しを持っておられます。それが、がんやがんが治らないということで、足元からお先真っ暗。すべてなくなるわけではないんですけど、落ち着いて考えればそうではないんですけど、そういうふうに感じてしまう。

終末期にどういう過ごし方に価値観を置くかということですが、日本では信仰を持つことは、あまり取り上げられる内容ではありません。誰もが望むのは、やはり体の痛みがない、心の痛みがないということです。体の痛みは、今、鎮痛薬でほぼ解決できるようになりましたので、痛みが取れないというのは、むしろ、ご家族の方がためらっておられるから痛みが取れないということが、たくさんあります。ですから、体の痛みがある場合は、どんどん医療者に言ってください。言ってくださると、必ず体の痛みは取れます。ですけど、次が課題です。

心の痛みを取るための精神科医、心療内科医、心理職、そういった人にも必ずアプローチできますから、眠れない、心がつらい、そういったことをぜひ訴えていただきたい。そして、人として尊重される、人生をまっとうしたと感じられる。最後の最後まで役割を果たせる。これは重要です。ですから、がんになって仕事をお辞めになるようなことはされないようにと、いつも思います。

残された時間を知り、準備する。これは、日本ではあまり一般的ではないです。アメリカでは、遺言書を書いたり、死後のことまできちんと書かれたりすることを、モットーとされる方もいらっしゃいます。そういう方と比べて違うのは、日本ではあまり死を意識しないで、人の負担にならずに、自然な形で亡くなるとか、家族との良好な関係、医療スタッフとの良好な関係、希望を持って生きる落ち着いた環境、自立している、望んだ場所。何となくそうだなあとうなずけるものが、非常に多くあるんじゃないかと思います。死と向き合うというよりは、どちらかという意識しないで、これまでの普段どおりの生活の延長を続けたい。そういったことが、非常に多くの方々が考え

ていらっしゃる時間の過ごし方です。

先ほどの乳がんの患者さんは、家族との良好な関係をもう1度取り戻したいということが、大きな目標になりましたので、入院治療よりは、在宅で治療を受けられることを希望されました。通院しながら痛みを抑えたり、通院して点滴をしたり、あるいはおうちで点滴をしたり、そういったことで、できるだけ家族との時間を多く持つことを考えられました。

こういった目標を医療者に言ってくださると、じゃあ、手術をこういうふうにして、早く帰りたいとか、医療者もいろんな選択肢を提示できます。ただ何となく過ごしたいと言われる方も、よく医療者と話をしていくと、実はこういうふうに過ごしたいんだけどなあ。そういった意味でも医療者と自分の価値観を少しオープンにして言ってくださると、その人ならではの治療法のメニューが組めるかと思います。

見通しをもう1度立て直すという意味では、こういう懸け橋を築く1番の方法は、コミュニケーション。医療者と知識だけでなく、気持ちも打ち明けて、こういうふうに過ごしたいんだけど。それを言ってくださると、いろんな治療の組み立てができます。

ここからは、心の風邪、心の肺炎、心がつらい状態のうつについて、少しお話をしたいと思います。がんと言われて、いろんな立ち直り方をされますけど、一部立ち直れない方がいらっしゃいます。

これは、新聞の記者で、20代で睾丸腫瘍が再発して、非常に大変な超大量化学療法ですから、全身の毛が抜けるぐらいの大変な苦勞をされた治療を経験されて、そのときに体よりも心の苦しみのほうがつらかったという経験をされて、それを闘病生活に書かれた内容がありますので、少しご紹介したいと思います。

「化学療法2クール。超大量化学療法を3クール。心がどんどん落ち込んで、もうたくさんだ。竜巻のような激情は3日間続いた。ただ心が弱気とむなしさの嵐に支配されたときの怖さを知っ

た。そして、実際、この2ヶ月、もっとひどい一つの暴風雨に見舞われ、僕の精神は、がけっぶち立つことになった。」

そのあと、この方はがんが治ったんですけど、「体の中にバイ菌が回る敗血症という、死にたい、全部投げ出したいという願望に取り付かれて、過ごした約1週間の苦しさは、強烈だった。僕が、それまでに経験したありとあらゆる試練をすべて上回るほどつらかった。」

化学療法ですと、どんなにつらくても2週間すれば、やがてつらさはとれて、3週間もすれば吐き気もなくなり、頭の中で想定できる、折り込むことができる。だけど、心のつらさ、心の風邪は、いつよくなるのか、いつ暴風雨が収まるのか、想像できなかつた。そういった意味では、がん患者さんも、体のつらさよりも心のつらさで苦しんでおられる方がたくさんおられる。

うつ診断は、抑うつ気分、気持ちがすぐれないということと、あまり周囲のことに興味が持てない、楽しめることが楽しめない。そういったことが中心であります。そういった症状があれば、まず医療者に声を掛けていただきたい。憂うつな気分になったことがない人というのは、まずいらっしゃらないんじゃないかと思えますけど、あまり経験がないという方、いらっしゃいますでしょうか。

例えば、日曜日の夕方の気分といえば、分かるでしょうか。明日、また仕事かなど。仕事をリタイアされた方も、仕事をされていたときのことを思い出されると、ほとんどの方は、憂うつな気分は経験されていると思います。あれが、24時間、1週間、2週間、3週間、4週間と続くときのことを思い出してください。

そういった方々はどれくらいいらっしゃるかという、乳がん診断されて、最初の1ヶ月で30%を超える方が、手当てが必要な不安やうつを経験されます。1ヶ月たっても29%。半年して、ようやく20%です。そして、やはり3年半から。ようやく一般の方々と変わりのない10%を切る。そういった時間がかかるというのが一般的です。

最初の半年ぐらいを、滝つぼに突き落とされた経験のようにおっしゃる方がいらっしゃいます。では、半年からそれ以降はどうでしたかという、まるで急流くんだりでしたと。落ち着いて周りの景色が見られるようになるのが、やっぱり3年ぐらいいましたと。そういえば今日の夕方テレビをつけるまでがんのことを忘れていたとか、そういえば今日はがんを考えない時間帯があった、というようなことを経験されるようになるのも3年ぐらいかかるというふうにいわれています。

がんの診断から治療後、再発、抗がん治療中止のあらゆる時期に、この抑うつは存在します。そのうつを軽減する第一歩として、やはり、がん告知を一方的な知識を伝えるだけではなく、やはり気持ちへの手当てをしながらがんを伝えていこうという試みを、医師のほうも始めています。がんの告知を医師が研修している。そういった内容が、報告されたものです。

そして、患者さんが、希望しているコミュニケーションはどういったものか。こういったものも、今、医療者に伝えてあります。患者の質問に答える。分かりやすく伝える。当たり前なのが非常に望むものが多いわけですけど、正直に伝える。要点を明らかに伝える。希望を持てることも伝える。日常生活や仕事について話し合う。患者と同じように家族にも配慮する。気持ちに配慮する。気持ちの面が、非常に大きい。

そして、患者さんが望まないコミュニケーションはというと、初対面の医師が伝える。家族に先に伝える。電話で伝える。いらいらした様子で対応する。あいまいに伝える。こういったことは、患者さんが望まれないということですので、医師の研修では、こういったことを非常に重要視しています。

患者さんの意向が分かれるところ。余命について知りたい、知りたくないということが、半々です。余命をはっきり伝えてほしい。男性の方は、こういう希望が多いわけですけど、女性の方では「あまり聞いてもねえ」と、家族に伝えておいてほしいという方も多いようです。淡々と少しずつ

不確実な段階で、非常に伝え方が難しい部分ですけど、これは双方向性の対面。やはり医師と患者が真っ向から向き合う部分は、こういう大事な場面では、しっかりとがんと向き合ってほしいということになるかと思います。

家族は何をすればいいんでしょうかと、ご質問を受けることがあります。家族にお伝えしているのは、弱音、気持ちを打ち明けられたり、相談されたりすることができるよう、耳を傾ける準備をしましょうということです。しゃべりは1対1。家族が1です。患者さんが10しゃべるように、むしろ口にチャックをして、しっかり聞く準備をしましょう。心配だから、こちらが不安だからということで、逆になることがよくあります。そうすると、ますます患者さんは口を紡いでしまいますので、やはり忍耐、忍耐、忍耐ですけど、人の話を聞くというのは非常に我慢がいることです。

そして、安易な励ましはやめましょう。かえって患者さんにとって、つらい場合があります。こんなに頑張っているのに、どこまで頑張ればいいんだというふうに、かえってつらく感じられる方がいらっしゃいます。

役割の喪失を感じさせない。これまでどおりの役割決定を委ねる。他人に迷惑をかけている感じを減らしてあげる。これも重要です。よくあるのは、家事は私たちに任せて、お母さん、ゆっくり病気に向き合って療養してという、役割を失うような励ましというのは、かえってこちら側の不安を言っているだけになりますから、やはり安易な励ましをかけるよりは、忍耐でしっかり耳を傾ける準備をするほうが重要です。

尊厳を傷つけない。食事、入浴、トイレは、患者さんに決めてもらう。だんだん足、腰、腕、体の力がなくなってきました。そうすると、自分のことが自分でできなくなりますので、非常につらい思いをされます。そういったときの最後の手段は、食事をする時間を自分で決めてもらう。入浴をする方法を決めてもらう。トイレに行くやり方を決めてもらう。トイレに行く時間を決めてもらう。とにかくいろんな決めごとに参加してもらうとい

うことが、能動性を引き出す自己制御感、コントロール感を維持するという意味では非常に重要です。

あともう1つ。家族の方も心の直下型大地震の被災者です。第2の患者です。患者さんのストレス、家族のストレス。これはほぼイコールだということが分かっていますので、週に1度は介護休暇をとって、弱音や気持ちを打ち明けられる相談者をつくりましょう。家族も心の健康を保たないと、先ほどお話ししたように10対1で話を聞けないわけです。家族が健康じゃないと、10対1が逆になって、どんどんしゃべってしまいます。口を挟みたくなくなります。患者さんがしゃべろうとしたら、1言ったら10言ってしまうようになりますので、心の健康を保つ意味でも、ご本人も誰かサポーターを見つけて弱音を吐けるような、そして、状況を整理できるような、知と情のサポーターを周囲に持ちましょう。

これで最後になりますけど、学校、友人、仕事、家庭ときて、がんというのは、人生がようやくそろそろ楽になったから、これから好きなことを家族と何かしようと思った矢先によく出てきます。そういったときに、心構え、準備ができていないということで、見通しをまったく失ってしまうような方がいらっしゃいますけど、備えあれば憂いなしじゃないですけど、懸け橋を築く準備としては、やはり日ごろから見通しを共有できるような家族、友人、そういった方々と、いつも情報を整理、共有したり、気持ちを打ち明けられたりする。そういった仲間をつくる。

乳がんになりますと、若干人生の前倒しで、仕事や家庭に食い込みますので、ストレスが非常に多くあります。そして、統合失調症、気分障害となりますと、さらに人生の前倒し、食い込んでいきますので、命の危機が早くから体験されます。そういった意味では、懸け橋を築くためには、やはりサポーターの存在が非常に重要ですから、どうか自分の心の中にしまっておかれずに、周囲の方と相談しながら前向きに向き合っていただきたいと思っています。

がん患者と 対症療法

Symptom Management
in Cancer Patients

Vol.22 No.1 2011

特集

せん妄への対策とケア

メディカルレビュー社

せん妄の要因と診断

Factors and diagnosis of delirium

岡山大学病院精神科神経科助教 井上真一郎 Shinichiro Inoue

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教授 内富 庸介 Yosuke Uchitomi

Key Words

せん妄 (delirium)

意識障害 (disturbance of consciousness)

直接因子 (direct factors)

誘発因子 (precipitating factors)

準備因子 (predisposing factors)

Summary

せん妄は入院患者に比較的良好にみられる病態であり、その発症要因としては①直接因子、②誘発因子、③準備因子の3つに分類される。それぞれの因子についての理解を深めることがせん妄を治療するうえで重要であり、それはせん妄の予防的介入や早期発見・早期対応にもつながる。せん妄発症の引き金となる直接因子を同定するためには、可能性のある種々の疾患を念頭におきながら必要な検査を進め、投与されている薬剤もチェックする必要がある。

せん妄の診断は、DSM-IV-TRやICD-10による。その診断の際、臨床的には認知症やうつ病、さらには夜間異常行動をきたす睡眠障害などとの鑑別が重要である。

Delirium is a relatively common condition in hospitalized patients, and its causative factors can be classified into three categories: 1. direct factors, 2. precipitating factors, and 3. predisposing factors. Deepened understanding of individual factors is not only important in the treatment of delirium, but also leads to prophylactic interventions, early detection, and early corrective measures. To identify the direct factors that trigger delirium, a series of examinations should be performed while taking various possible diseases into consideration, and all drugs used by the patient must also be checked.

Delirium is diagnosed according to the DSM-IV-TR or ICD-10 criteria. When making the diagnosis, it is clinically important to rule out dementia, depression, and sleep-related problems or other disorders that cause nocturnal behavior disorder.

はじめに

せん妄は臨床場面で比較的良好に遭遇する病態であり、担がん入院患者においては約25%、終末期には約85%に認められるとの報告がある¹⁾²⁾。

しかしながら、その理解や対応についてはかなり誤解があるのも事実である。先日も、夜間せん

妄を認めている患者の往診に行った際、若い看護師から「先生、〇〇さん、昨日の夕方からここが病院ということもわからなくなって……ずっと独り言を言ったりして困っているんです。急に認知症になったりすることってあるのでしょうか？精神科の病棟に転科したらよくなるのでしょうか？」と言われたことがあった。

よく混同されることだが、せん妄と認知症は全

く別のものであり(表1), せん妄の本態は急性発症の意識障害である。ただし, せん妄患者は一見意識清明に見えることがあり, その点が非常に誤解されやすいところである。

また, せん妄は身体疾患を有する患者によくみられるが, その直接因子が身体疾患の場合, その治療が行われることがせん妄の改善につながる。たとえば, 担がん患者によくみられる高Ca血症によってせん妄をきたしている場合, 高Ca血症を引き起こしている悪性腫瘍の治療やCa値の補正を行うことでせん妄の改善が期待できる。よって, 対症療法として不眠・不穏や幻覚・妄想などに対する薬物療法を行うことも必要であるが, 主たる治療は身体的治療であることが多く, 「せん

妄=精神科のみで扱う疾患」という考えは当を得ていないと言えるかもしれない。

本稿では, 最初にせん妄の要因について述べ, 次に診断に至る流れについて概説する。また, 最後に鑑別診断についても触れる。

せん妄の要因

まずせん妄の要因であるが, 図1に示したように臨床的には①直接因子, ②誘発因子, ③準備因子の3つに分けて考えるとわかりやすい³⁾⁴⁾。

まず③準備因子とは, せん妄が起こりやすくなる下地のようなものである。たとえば, 患者が高齢であったり, 慢性的な中枢性疾患(脳血管障害, 認知症など)が元々存在するとせん妄発症の危険度が高い。また, せん妄の既往もハイリスクとなる。ここに②誘発因子として便秘, 尿閉, 疼痛, 不眠といった身体的ストレスや心理・社会的ストレス, また入院といった環境の変化やICUのように非日常的な感覚下での治療などが加わると, せん妄の準備状態を促進させる。この状況にさらに①直接因子である種々の身体疾患, 薬剤, 手術などが加わることで, それが直接的な引き金となりせん妄を発症する。

表1. せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
発症	急性～亜急性	緩徐
経過	一過性のことが多い	一般に慢性進行性
日内変動	あり(夜間に増悪)	少ない
意識障害	あり	なし
幻覚	幻視が多い	少ない
脳波所見	全般性徐波	正常～軽度徐波

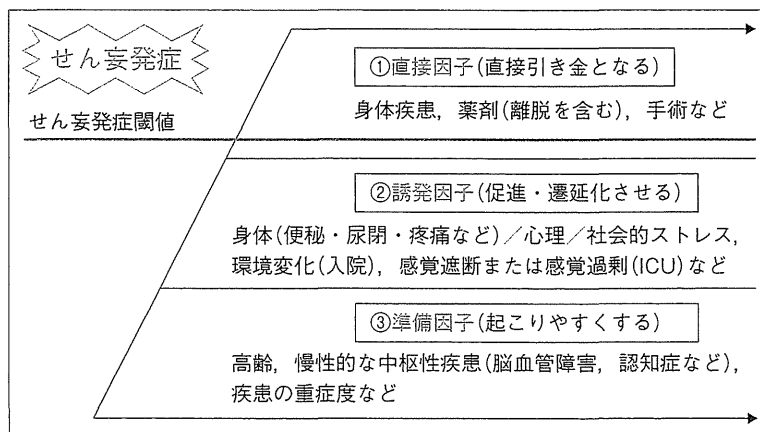


図1. せん妄発症因子

(文献5より一部引用・改変)

このように、せん妄は単一の要因で発症することは稀であり、複数の要因が重なって引き起こされる。よって、それぞれの因子をよく理解することは、せん妄の治療を考えるうえで重要であるだけでなく、せん妄のハイリスク患者への予防的介入やせん妄の早期発見・早期対応につながることも忘れてはならない。たとえば、高齢で認知症を有する患者が手術目的で入院となった場合、入院の時点ですでに図1の①手術、②環境変化、③高齢・認知症という4項目を満たしており、せん妄発症が予測される患者と評価できる。よって、主治医や看護師が入院当初からその視点をもって関わることにより、早期に患者の変化に気づいて薬剤の投与や精神科への紹介を行うことができ、また非薬物療法的アプローチも可能となる。これらによって、せん妄を重症化させずに身体治療を進めることができるだろう。

せん妄の診断



よく用いられるせん妄の診断基準は、DSM-IV-TR(米国精神医学会)とICD-10(世界保健機関)

に記されている。表2に、DSM-IV-TRでの診断基準を示す⁵⁾。

せん妄の診断にはこれらの診断基準を念頭におく必要があるが、実際の臨床においては①認知機能障害(見当識・記憶力)、②注意力障害、③睡眠障害、④精神運動の増加または減少、⑤急性発症、⑥症状の日内変動(夜間に悪化)といった症状がせん妄の重要な所見と考えてよい。

認知機能障害の有無を判断するには、認知症の診断の際に用いられるMini-Mental State Examination(MMSE)や改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)といった質問形式の検査を施行することが望ましい。ただし、臨床現場において限られた時間内ですべての項目を検査するのはあまり現実的でないため、少なくとも「見当識障害」(日付・場所など)と「記憶力障害」(3単語の再生など)の項目をしっかりとチェックすることが重要である。この2つの項目はせん妄診断の際に必須であるが、治療後も確認していくことで治療効果判定の指標にもなる。なお、検査項目のなかにある「数字の逆唱」(3桁・4桁の数字の逆唱)や「連続の引き算の課題」(100から7を

表2. DSM-IV-TR(一般身体疾患によるせん妄の診断基準)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 注意を集中し、維持し、ほかに転じ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) 2. 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、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の発現 3. その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間～数日)、1日のうちで変動する傾向がある 4. 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 <p>病因として以下の4つに分類される</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般身体疾患によるせん妄 ・物質誘発性せん妄(物質中毒せん妄・物質離脱せん妄) ・複数の病因によるせん妄 ・特定不能のせん妄
--

(文献5より引用・改変)

引くことをくり返す)は、注意力障害の有無を判定するのに有用である。

また、せん妄は急性発症であるため、発症日だけでなく発症時間まで特定できることも多い。多くは症状に日内変動があり、夜間の症状増悪や睡眠障害を認めることがほとんどである。興奮が軽度の場合はベッド上でゴソゴソしたり独語を認める程度であるが、症状が悪化するとラインの自己抜去や徘徊、暴言・暴力などを認めることもある。よって、日中の医師の診察時にはせん妄の症状が目立たないこともあるため、夜勤の看護師からの情報は非常に重要である。また、家族は普段と違う患者の軽微な変化に気づくことも多いため、積極的に情報を聴取する。

せん妄の診断ツールとしては、ほかにスクリーニング目的のものや重症度を評価するためのものなどがあるが、詳細は他稿を参照いただきたい。

なお、せん妄は一過性・可逆性の病態とされることもあるが、たとえば直接因子となる身体疾患が進行性の悪性腫瘍の場合などは当然ながらせん妄も遷延し悪化する。よって、せん妄の経過については多因子を考慮して判断しなければならず、家族が動揺しているからといって根拠なく楽観的な説明をすることは避けるべきである。

・アルコール離脱せん妄について

前述の診断基準にてせん妄と診断した患者に関して、それがアルコール離脱症状によるせん妄の場合は、非アルコール性せん妄と比べて治療薬剤が違ってくるため特に注意が必要である。非アルコール性せん妄に対してはベンゾジアゼピン系薬剤(睡眠薬や抗不安薬など)はせん妄の悪化につながるため使用は控えるべきだが、逆にアルコール離脱せん妄の場合はベンゾジアゼピン系薬剤が交叉耐性を有するため有効とされている。そのため、特に肝・膵疾患などに罹患している患者の場合、アルコール離脱せん妄の可能性を考え改めて飲酒歴や飲酒量、さらに最終飲酒日などについて詳細に問診することが重要である。もし患者がア

ルコール依存症患者であれば本人から正確な情報が聴取できないこともあるため、家族からも情報収集を行うことが望ましい。また、客観的に血清AST、ALT、 γ -GTPなどの検査値で評価することも重要である。

せん妄の直接因子の同定

表3に、せん妄発症の具体的な直接因子について挙げた。まずは、これらの直接因子を念頭に検査などを進めていく。基本的な臨床検査として血液生化学検査や一般尿検査、動脈血ガス分析または酸素飽和度測定、心電図検査、胸部X線検査などを行う。特に、血液生化学検査では電解質、血糖値、 NH_3 、ビタミンなどに注意する。必要に応じて頭部CT/MRI検査、髄液検査、脳波検査などを行い、頭蓋内病変の検索や全身状態の把握により直接因子の同定に努める。

直接因子として薬剤の影響が考えられることもあり、使用薬剤を見直すことも大切である。特に、最近投与が開始されている薬剤に対しては注意が必要である。直接因子の可能性のある薬剤についてはその血中濃度を測定することもある。原因薬剤が同定されたら、可能であればその薬剤を漸減・中止するか他剤への変更を検討する。表3に挙げたように、 H_2 受容体拮抗薬や抗ヒスタミン薬、抗菌薬など、一般的によく用いられる薬剤のなかにもせん妄の原因となるものがあることに留意する。

また、ベンゾジアゼピン系薬剤はせん妄の原因となるため、不眠があるからといってせん妄ハイリスクの患者に安易に使用すべきでない。ただし、元々長期にベンゾジアゼピン系薬剤を内服している場合は、急にその薬剤を中止するとかえって離脱症状として反跳性不眠やせん妄をきたすこともあり、注意を要する。

せん妄の鑑別診断

まず、せん妄は認知機能障害を認めるため認知症との鑑別が問題になるが、病状の発症・経過や覚醒水準などを確認することによって鑑別は比較的容易なことが多い(表1)。

ただし、認知症のなかでもレビー小体型認知症

と呼ばれる疾患は、注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺性があり、さらに不眠や幻視などを認めることも多いためにせん妄と間違われやすい。このレビー小体型認知症に関しては抗精神病薬への過敏性を認めることが多く、せん妄と判断して抗精神病薬を使うと比較的高度の副作用が出現することもあるので注意を要する。

次に、せん妄は睡眠障害・夜間不穏を認める

表3. せん妄発症の直接因子

中枢性疾患
脳血管障害(高血圧性脳症, 脳出血, 脳梗塞など)
頭部外傷(脳挫傷, 硬膜下血腫など)
変性疾患(パーキンソン病など)
脳腫瘍
てんかん
感染症(脳炎, 髄膜炎, 神経梅毒, HIV脳症など)
全身性疾患
感染症(敗血症など)
代謝障害(血糖異常, 電解質異常, 肝不全, 腎不全, ビタミン欠乏症など)
内分泌障害(甲状腺疾患, 副甲状腺疾患など)
心疾患(心筋梗塞, 不整脈, 心不全など)
肺疾患(呼吸不全など)
血液疾患(貧血, DICなど)
重度外傷, 重度熱傷
悪性腫瘍および腫瘍随伴症候群
薬剤性
抗パーキンソン薬(抗コリン薬, ドパミンアゴニストなど)
向精神薬(特にベンゾジアゼピン系の抗不安薬や睡眠薬, 抗うつ薬, リチウムなど)
抗痙攣薬
鎮痛薬(オピオイド, 非ステロイド性抗炎症薬など)
循環器系薬剤(降圧薬など)
消化器系薬剤(H ₂ 受容体拮抗薬など)
免疫抑制薬
抗ヒスタミン薬
抗菌薬
その他(ステロイド薬, 抗がん剤など)

HIV: ヒト免疫不全ウイルス, DIC: 播種性血管内凝固症候群

(文献6などより筆者作成)

ため、ほかの夜間異常行動をきたす疾患も鑑別に挙がる。具体的には、睡眠時遊行症(sleep walking, somnambulism)やレム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder; RBD)などの睡眠時随伴症やレストレスレッグス症候群(restless legs syndrome; RLS)などである。最近はRLSがトピックスであり、日本人の有病率は2~5%と報告されている。むずむず脚症候群とも呼ばれ、不快な下肢の異常感覚に伴って脚を動かしたいという強い欲求が主に夜間に出現する。ただし、自覚症状に乏しいRLS患者や気管切開などで会話が困難なためコミュニケーション不良のRLS患者などは典型的な言語的訴えを発しないため、せん妄と間違われるケースがある。RLSの治療にはドパミンアゴニストやベンゾジアゼピン系薬剤が使用されるが、いずれもせん妄惹起の可能性があるため慎重に鑑別したうえで使用する必要がある。

最後に、うつ病との鑑別について述べる。Lipowskiは、せん妄を精神運動活動と覚醒レベルに基づいて①過活動型せん妄、②低活動型せん妄、③混合型せん妄の3つに分類している³⁾。そのうち、低活動型せん妄は発症頻度はほかに比べて低いものの反応性の乏しさや無関心、活動性低下などの症状を認めるため、表面上はうつ病と似ている。実際、うつ病疑いとして精神科に紹介される患者が実は低活動型せん妄であることは比較的よく経験される。両者を鑑別するためには意識障害の有無を評価することが重要で、そのため脳波検査が有用なことがある。せん妄では脳波は全般性に徐波化するが、うつ病ではその傾向はみられない。せん妄であるにもかかわらずうつ病と判断して抗うつ薬を投与すると、抗うつ薬には抗コ

リン作用を有するものが多いためせん妄が悪化する可能性がある。低活動型せん妄は不穏を認めないため病棟管理上問題とされにくいですが、患者は妄想が活発で苦痛を抱えていることもあるため、積極的に診断し早期治療につなげていくことが課題となる。

おわりに

せん妄の治療においては、患者の不眠・不穏といった表面的な“現症”への薬物療法だけでなく、せん妄の発症に関係する種々の因子の同定とそれらへの介入が必要になる。そのため、身体科医・看護師・精神科医などの密な連携が求められる分野と言えるだろう。

文献

- 1) Stiefel F, Holland J: Delirium in cancer patients. *Int Psychogeriatr* 3: 333-336, 1991
- 2) 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
- 3) Lipowski ZJ: *Delirium; Acute Confusional States*. New York, Oxford University Press, 1990
- 4) 千葉 茂: せん妄. *精神科治療学* 25(Suppl.): 30-35, 2010
- 5) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引. 東京, 医学書院, 2003
- 6) 米国精神医学会 著, 日本精神神経学会 訳: 米国精神医学会治療ガイドライン—せん妄. 東京, 医学書院, 2000

20118051A (13/20)

1921年(大正10年)2月5日第三種郵便物認可(毎週土曜日発行)

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4545

2011年
(平成23年)

6月4日

プライマリケア・マスターコース

ワカル! デキる! 感染症—動物咬傷

ここから始まる! 新薬情報—脂質異常症編

Dr. 徳田のバイタルサイン講座—脈拍の診断

質疑応答

着衣の上から聴診可能な検診衣

骨粗鬆症の自己注射と経口薬併用・禁忌

学術

突発性浮腫への対応……堀内孝彦





プラタナス

ヒポクラテスは、プラタナスの樹の下で
弟子たちに医学を説いたといわれる

高齢者がん医療に もっと心の医療を



■ 内富庸介

◎うちとみ ようすけ
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
精神神経病態学教授

1984年広島大卒。国立呉病院、広島大学を経て、国立がんセンター精神腫瘍学研究部の創設に携わり、2010年4月より現職。2006年、国際サイコロジック学会からBernard Fox 記念賞受賞。

最近、現場で困っている問題を紹介する。高齢の進行がん患者が医療者と短い面談をして、その結果、短期的な医学的指標の改善を目指した過剰な医療を受けることがある。その過程で生じるせん妄やうつ病を通して、筆者ら精神腫瘍医は関与するが、がん治療が終わってから夫婦揃って認知症であることが明らかになることもある。がん対策基本法の三つの理念の一つ、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」に則っているかは、少し心許ない。

これらの問題の背景には、認知症やうつ病

の合併による意思決定能力の障害の評価法が確立されていないことがある。また、難治・進行がんに代表されるように治癒のない状況においては、もはや寿命を単に延ばす医学モデルだけではなく、患者・家族の多様な quality of life (QOL) も大きな物差しとして考慮されるべきであるが、その評価法が導入されていないことも関係する。

現在の多忙極まる医療現場で、高頻度のうつ病や認知症はきちんと評価されているのか、患者の意向がどこまで反映されているのか。

まず取り組みたいのは、認知機能検査とQOL検査をがん治療前に組み込むことである。意思決定能力の著明な障害を見つけ、優先度の高い意向を把握するだけでも大きな前進となる。人材には、神経心理、QOL (社会学)、コミュニケーションなどの基本カリキュラムを修めた看護職、福祉職、心理職など、心理・社会学を担う医療者 (仮称：精神腫瘍師) がよい。患者・家族の多様なQOLを評価し、即座に治療に反映できる医療モデルとして、緩和ケアチームでの特定の看護師の活動が始まったが、がん治療前から関与できる施設は少ない。こうした人材を配したチーム医療は医師不足やコスト軽減を解決するだけでなく、多様性を受け止めるためには不可欠である。

学部教育として、医学、薬学、看護学、リハビリ・介護などの保健学、心理学と共同で、各職種固有の役割を尊重したチーム医療、職種間コミュニケーションを学ぶ多職種実習プログラムを企画したい。さらには、意思決定やQOLの科学的基盤として認知科学研究や心理社会科学研究に期待したい。

納得できる医療を享受できた家族を通して医療体験が次世代に引き継がれていくことは、豊かな人間性の涵養につながり、その影響は計り知れない。今、がん医療で心の医療が求められていると思う。

ISSN 1344-4743 Adikushon to kazoku

**アディクション
と家族**

日本嗜癮行動学会誌

June 2011 Vol.27 No.4

◆
.....
[特集]
.....
◆

自殺予防と嗜癮問題

**Japanese
Journal of
Addiction
& Family**

〈第21回日本嗜癮行動学会特集〉

教育講演：GIDの臨床 松本洋輔

市民公開シンポジウム「自殺予防と嗜癮問題」

..... 松本俊彦、後藤 恵、藤岡淳子、田辺 等

市民公開講座：ホスピスケアと家族 内富庸介

家族機能研究所

市民公開講座

ホスピスケアと家族

— その抑うつと自殺について —

内富庸介*

コミュニケーションの重要性

私は広島大学を卒業して精神科医を11年務めた後、千葉県柏市の国立がんセンターに15年おりました。そこでホスピスケア、特にがん患者さんの心のケアを始めたのですが、2010年春に岡山大学に赴任しまして、教育の面から携わっていかうと考えております。

よく聞かれることですが、ホスピスケア（緩和ケア）はどの時期からがん医療の中にあるべきか。1989年のWHO（世界保健機関）によるホスピスケアの定義は「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する」ものとされていましたが、2002年にはこの定義も「疾患の早期から」提供されるものと改められ、がん治療を始めた時から患者さんのQuality of Lifeの改善を目的としたケアを行うことになりました。

日本でも緩和ケアチームによる診療が導入されるようになり、その中で遺族ケアも考慮されるようになりました。患者さんと同様に、家族もがんというものに向き合います。むしろ家族や遺族の方にこそ長く深い心のケアが必要ではないかと考

えられるようになってきています。

現代の緩和ケアにつながる「ホスピス」は、1967年、シリー・ソングーズによってロンドン郊外にホスピス病棟が作られた時に始まると言われています。たかだか四十数年の間にイギリスから全世界に大きく広がったわけですが、ホスピスケアのどういったところに価値が認められたのでしょうか。以下の5点が重要だとされています。

1. 無意味な延命をするよりも、患者自身が疾患を苦難として受け入れられるようにする。
2. 疾患そのものよりも、医療の原点に戻って患者個人に向き合う。
3. 情報開示し、患者が選択してコントロールできるようにする。
4. 疾患にともなう痛みや倦怠感の緩和にも全力を傾ける。
5. 決して見捨てない。

こういったホスピスの価値を実現するためにもインフォームド・コンセントが特に重要になります。つまり、患者さんが自分自身の現在の状態を知ることです。informed consentは「説明と同意」と訳されましたが、もとの意味は「説明された上での同意」で、重要なのは同意の部分です。

心は「知・情・意」という言葉で表されるように、知識が与えられ、それに対する感情が生じて人間は意志を持ち、行動が起こります。自分の命

第21回日本嗜癖行動学会（2010年11月21日）より
Hospice care and family
*岡山大学大学院 医師薬学総合研究科 精神神経病態学教室
〔〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1〕
Yosuke Uchitomi M.D. : Department of Dentistry and
Pharmaceutical Sciences, Okayama University Graduate
School of Medicine, 2-5-1, Shikata-cho, Kita-ku, Okayama,
700-8558 Japan

が危ういと知らされると、ほとんどの人は恐怖感や激しい衝撃、怒りなどの感情を持ちます。そして知と情の間を行きつ戻りつして最終的に医師に同意し、そこからアクションが起こるわけです。

患者さんはがんであることを医師から初めて伝えられるわけですが、これは「あの後どうやって家に帰ったかわからない」と言う人もあるほど衝撃的なできごとです。けれども経験の長い医師にとっては告知というものは日常的な仕事なので、ここには最初から温度差があります。

医療者側には、「説明」から「同意」までの間に患者さんの「気持ち」を確認する必要があるのではないかと。そして、患者・家族の方は自分がどういう気持ちになったのかを医療者に積極的に伝えていきたいと思いますというのが、今日の私の話の中心となる内容です。

説明や知識を与えられて、それが自分にとってプラスかマイナスか、快か不快か、都合がいいか悪いかなどを判断する。これは非常に重要な心の装置です。これによって自分の将来も大きく左右されますので、どういう感じ方をしたかを患者さん自身が医療者に伝える。そこがうまく伝われば、その医療者と「一緒にやっていける」「自分の価値観を確認しながら進めていってくれるだろう」という安心感につながります。

心のケアとサポートグループ

がんに対する患者さんの心の動きには大きな節目があります。1. がんだと診断された時、2. 手術後、検査で通院する時、3. がんが治らず、自分らしく生きることに重要な価値が置かれる時期の3つです。

症例を挙げてお話ししましょう。

大腸がんを経験されたA氏(43歳・男性)の場合です。

A氏の場合は40代前半で、がんになるには少し早い年齢ですが、心の準備をしていなければ何歳でも同じでしょう。

1. 「どうして私なのか?」と思う。

身近には大酒家の人もいるし、喫煙する人も高カロリー食をたくさん食べる人もいます。不摂生を

している人も多いのに、どうして自分がその人たちより先にがんになるのかとA氏はまず思いました。

2. 手術を受けた半年前を遠い昔のように振り返る。

ためらう間もなく受けた手術、過剰なほどスタッフや同病者から十分な援助を受け、ある種、躁状態のようだった入院生活を過ごして、あっという間に退院となりました。

3. 再発不安、社会復帰してから痛感する「がん患者」という烙印、疎外感。心の中の余震に襲われる。

患者さんの中には、「退院して1人になると、いきなりプールから沖合に連れ出されて『1人で泳いでみなさい』と言われたようだった」と言う方もあります。家族が仕事などに出ていって家で1人になることが多い。頭痛がすると「頭に転移したんじゃないか」、腰が痛くなると「腰に転移したんじゃないか」などと思ってしまう。ここで初めて「がん」というものの重みを感じるようになります。

多くの方が経験されるこのような疎外感や不安、恐怖などと向き合うために、がんの知識を整理すること、また弱音を吐ける相手がいること。これこそ心の支援対策の第一歩だと思います。A氏も「心を許せる同僚や家族の存在が何よりの助けだった」と振り返っておられました。

がんという病気は、「あの人はこの職場の“がん”だ」という使い方をされるように、社会的な烙印にもなっています。精神病とがんには「社会から疎外される」「周囲から一人前扱いされなくなるのではないか」という孤立感が共通すると言う方もおられました。

また、再発の不安もつきものですが、皆さん、これには、周囲の人との知識の共有や気持ちを打ち明けるなどして、3年くらいの長いスパンで向き合っておられます。特にがんと知ってから最初の半年くらいは急流下りのようなもので、最初は滝壺に落ちていく。そこから3~4年かけて上流を下っていく。3~4年すると、再発のリスクもだいたいわかってきますので、ようやく川の中流に来て周囲の景色が落ち着いて鑑賞できる時期に

なります。

39歳で進行性大腸がんを経験したエッセイストの岸本葉子さんは、その経験をテーマに3冊の本を書かれています。

独身だった岸本さんは、ご家族も高齢の父親だけで、最初の10カ月間誰にも相談できなかつた。その後、患者さん同士のサポートグループへ行つて初めて自分と同じ人がたくさんいるとわかり、気持ちを話せるようになった。グループには先輩患者もいるし、自分より後にがんになった人もいる。自分の話ができて、それが周囲の人に受け入れられ、場合によっては評価されることもあって、皆さん、ずいぶん心が落ち着いてきて自信を取り戻し、少しずつ復帰につながると書いておられます。

このように、いったん自分の中に引きこもったところから前向きに進めるようになるプロセスが重要です。ここを経てからようやく、がんの知識を自分にひきつけて見ることができます。特にがんという病気は想定外の動きをすることがありますので、1人1人似ている部分もあるけれど、まったく同じ「がんの物語」は誰一人としてありません。知識をある程度整理して自分にとっての個別的な部分に落とし込む。そういうことが1～2年かけて落ち着いてできるのではないのでしょうか。

やがて落ち着いて周囲が見えるようになって、がんになった後の自分は、がんになる前の自分と同じところには戻りません。価値観も変わりますし、やりたいことの優先順位も変わっているでしょう。がんになる前の自分と、なつてからの自分がうまく接合するまでにだいたい3年かかると言われています。それから人生の再設計ができるようになるのではないのでしょうか。

私のいたがんセンターでもサポートグループを行っていました。がん患者のサポートグループの原点は、1930年代に米国で始まった断酒会(Alcoholics Anonymus: AA)にあります。このアルコール依存症からの回復という成功例を応用したのが、がん患者のサポートグループです。患者さん同士で再発について勉強したりできますし、お互いのサポート力が非常に大きいので疎外

感も和らぎ、グループの中での役割を得ることができます。社会的成功とは少し違った自分の人生の意味を深く考えたり、友人や家庭を大事にするようになったり、外面から内面へとシフトを変えることにもつながります。また、後に続く患者さんのために何かしようという博愛的な行動も出てくるのがサポートグループの効用でしょう。

精神腫瘍医の仕事

2006年に成立した「がん対策基本法」に基づいて、がん対策基本推進計画が策定されました。民主党の山本孝史議員が国会で自らの末期がんをオープンにされ、一気に超党派で法律ができたという経過もあり、立案時には19名のメンバーの中にがん患者と遺族が複数名入りました。そうしたこともあって国民の期待も大きくなっていますが、特に身体症状の緩和や精神・心理的な問題への援助も目標とされています。

がんによる身体的苦痛に対しては積極的な緩和ケアが必要ですが、手術後の痛みや放射線化学療法による倦怠感、吐き気などの副作用対策はずいぶんできていますので、むしろ心の問題が非常に大きくなってきます。心への影響は家族にとっても等しいものですし、なおかつ遺族となつてからも大きな負担が残りますから、心のケアの重要視はご遺族の希望される場所でもありません。

この基本計画以降、がん診療連携拠点病院も整備されてきています。二次医療圏単位に1つずつ設置され、そこへ相談すれば心のケアを提供する人たちに必ずつながれる。現在、全国で300を超える拠点病院が緩和ケアチームを持っていて、チームの構成員は、緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師の4名が目標とされています。

精神腫瘍医という言葉はがん対策基本推進計画の中で初めて使われましたが、これは精神医学や精神科医療の専門家が、がん医療に特化して医療行為を行う場合の呼称です。こういった人材の育成も目的とされています。告知をするにあたってがん専門医には特にコミュニケーション技術が必要であるから、これを向上させていこうというこ

とです。患者さんやご家族にとって、がんの診断や再発といった場面では医師の物言いが非常に大きな影響力を持ちますから、基本計画の中にこういった言葉が盛り込まれたところにも市民目線が感じられます。

「精神腫瘍医は何をするのですか」とよく聞かれますが、通常精神科医と変わりません。

1番目はカウンセリング。情報整理とは正しく理解するための援助と支持的療法、つまり患者さん自身の回復法で乗り越えていく援助になります。

情報整理では、先にお話ししたように、「ここまではあなたのがんにとって役立つけれど、ここからは少し違いますね」といった整理を専門家と行う場合もあります。

支持的療法とは、ご本人がもともと持っている回復法を用いるということです。がんという病気になることは人生での大きな出来事だと思えますが、たとえば、戦争や家族の死、職場でのリストラなど、それに比する辛い経験のある方もたくさんおられます。その時にその方がどう向き合ったかをまずお聞きするようにしています。

「がん」だと言われて頭の中が真っ白になっている方にも自分の人生を思い起こしていただき、その時にどんな向き合い方をしたか思い出してもらおう。ご本人の持つ潜在能力はがんの場合にも必ず役に立ちますので、まずそれを利用することをお勧めしています。

2番目にリラクセス法。これは行動療法の1つですが、告知されたとたんテンションが上がって頭の前からつま先まで筋肉が緊張の連続になりますので、これをゆるめて全身に意識をめぐらせるリラクセス法を行います。

3番目は薬物療法。薬を試すのも私はいと思います。抗不安薬、睡眠導入剤、抗うつ薬などが役に立つことがあります。

日本では毎年約64万人の方ががんの診断を受けていますが、そのうち約34万人、2人に1人の人は「がんが治らない」時期を迎えます。一例をご紹介します。

48歳・女性、パート事務員。乳がんの再発があり、化学療法後、放射線療法を受ける。夫、長

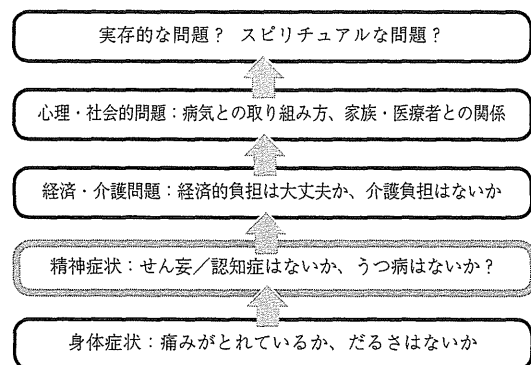
男、次男との4人家族。日常活動に軽度の支障がある。再発治療を受けた後復職したが、左腕がしびれて再休職中。

この方は不安発作を繰り返したため、私のところに紹介されました。「治療を始めて3年になるけれど、これまで精いっぱいやってきたと思う。もう治らないのなら、これから何を目標にしたらいいか」というお話でした。

再発乳がんの薬はたくさんあって延命は可能ですが、完治はありません。患者さんご自身、再発乳がんの意味合いをどなたもよくわかってらっしゃいます。お話をうかがうと不安うつ病に相当する状態でしたので、抗うつ薬を使用して症状は軽減しました。

そうすると次に夫婦・親子の関係修復という課題が浮かび上がってきました。患者さんのお話をつないで推測できたのは、パートで家計を支えながら子育てしてきたこと、次男の不登校を前にしてその問題に向き合えず仕事に没頭した、それで罪の意識を感じたとのことでした。再発治療後は再び再発し、息子さんは不登校から退学になってしまい、絶望、無力感、無価値感、人生の意味の喪失を感じたと語られました。

心の評価の進め方(図1)の話になりますが、心を入れている一番大きな器は何かといえますと、身体全体です。まずこの方の場合左腕のしびれがありましたので、その緩和を行いました。次に行ったのは不安、うつ病の治療です。身体の次に大きな入れ物は脳ですから、その次に脳の症



小川朝生、内倉庸介編：精神腫瘍学クイックリファレンス、創造出版、東京、2009。

図1 心の評価の進め方