

## このケースの解説

苦痛緩和のための鎮静の倫理的妥当性と安全性を確保するためには、その**苦痛が治療抵抗性であること**と、**耐えがたい苦痛であることを、医療チームで判断しなければならない**。また、患者・家族に対するケアでは、①緩和困難な耐えがたい苦痛の判断について説明する、②緩和医療における鎮静について具体的に説明する、③生命予後とコミュニケーションに対する影響について説明する、④意思決定過程を共有し、家族に決定を一方的に委ねないことが重要となる。

回答 **A** の「とりあえず鎮静を開始する」ことは、何とか苦痛を緩和しようと取り組んではいるが、これでは倫理的妥当性と安全性が確保できていないといえない。鎮静の意図を明確にし（この場合は苦痛緩和）、患者・家族の意向を踏まえたうえで、「鎮静」がその状況でふさわしい医療行為であると判断することが大切なのだ。

回答 **C** の「鎮静は行わない。必要時はモルヒネをとりあえず投与」が一番良くない。鎮静は適切に行えば、極端に生命予後を短縮するものではない。苦痛が持続することは、患者にとっての不利益のみならず、遺される家族に不満足感や精神的つらさを長期間残す可能性さえある。さらに、モルヒネの鎮静薬としての使用や増量は、「苦痛緩和のための鎮痛に関するガイドライン 2010年版」によると、せん妄などの副作用の発現によって、患者の状況をさらに悪くしてしまう可能性があり、推奨されていない。

### 文 献

- 1) 日本緩和医療学会(編): 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版, 金原出版, 東京, 2010

CASE

37

## 「鎮静」を家族にどう説明する？

## CASE

先日、意識障害と食欲低下で入院した70歳代男性の進行肝臓がん患者さんに対して鎮静を行いました。入院時には肝不全で意識が悪くて話できませんでしたが、以前には「もしものときは延命せず痛みや苦しさを取ってほしい」と言っていました。険しい表情で寝返りを繰り返す不穏状態が続き、考えられる治療をしても改善しないので、ご家族に鎮静を行うことについて提案しました。奥さんは、「本人はまだ何か言いたいことがあるんじゃないか」と言い、長男は「話ができなくなって寝てるだけなんて、生きてる意味がなくて可哀想だ」と、鎮静に対して抵抗がありました。何とか説得して開始しました。鎮静による合併症の可能性についても伝え、ドルミカム<sup>®</sup>(ミダゾラム)を点滴で投与しましたが、不穏が強いためか、あまり薬が効いていない感じで、2日後に亡くなりました。後日、来院した家族から看護師が話を聞くと、「鎮静をするか決めることがつらかった。命を縮めたのではないかと、他に方法があったのではないかと後悔している」と言っていたそうです。

このケースを振り返ってみて、鎮静はした方が良かったのでしょうか？



0

## あなたならどうする？

- A 家族の抵抗感が大きいので、最期まで鎮静を行わずに経過をみる。
- B 苦痛が強く意識を下げる以外では緩和できないこと、病状が厳しいこと、鎮静は安全に行えることを詳しく説明したうえで鎮静を開始する。
- C 家族の気持ちのつらさに焦点を当てながら、家族の希望や病状理解を確認し、本人だったらどうしてほしいと言うか、本人のためにはどうするのが一番良いかをともに考える。

## このケースを解くためのエビデンス

鎮静に関する遺族調査では、約80%の遺族はおおむね鎮静に対して満足しており、鎮静を開始するタイミングは適切であったと評価している。しかし一方で、50%の遺族は患者とコミュニケーションが取れないことにつらさを感じ、34%は患者の状態の変化に気持ちがついていかないこと、28%

は鎮静を行うかを決めることにつらさを感じていた。中でも、とくに25%の遺族は、鎮静に関して非常に強い精神的つらさを感じていた。

## KEY ARTICLE

Morita T et al: Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* **28**: 557-565, 2004

**対象** 日本の7つの緩和ケア病棟で鎮静を受けた280名の患者の遺族

**方法** 郵送による質問紙調査

**結果** 遺族の満足とつらさの要因が表1のとおりであることが分かった。

**表1** 遺族の満足とつらさの決定要因

	満 足		つらさ	
	回帰係数	p値	回帰係数	p値
鎮静後に苦痛が十分緩和されていなかった	-0.38	<0.01	0.26	<0.01
情報提供が不十分	-0.58	0.011		
鎮静が生命予後を短縮すると感じた	-0.22	0.014		
鎮静以外に苦痛を緩和する手段があると感じた	-0.23	0.024		
意思決定の責任を負うことが負担に感じられた			0.16	0.020
患者の状態の変化に心構えができていなかった			0.19	<0.01
医師や看護師に気持ちを十分にくみ取ってもらえないと感じた			0.25	<0.01
患者の死亡までの期間			-0.042	0.034

## EVIDENCE SUMMARY

### ①遺族の低い満足度に関係していた要因

- ・鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと
- ・情報提供が不十分であったこと
- ・鎮静が生命予後を短縮すると感じたこと
- ・鎮静以外に苦痛緩和の方法があると感じたこと

### ②遺族の精神的つらさに関係していた要因

- ・鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと
- ・意思決定の責任を負うことが負担に感じられたこと
- ・患者の状態の変化に気持ちがついていかないと感じたこと
- ・医師や看護師に気持ちを十分にくみ取ってもらえないと感じたこと
- ・患者の死亡までの期間が短いこと

## エビデンスを臨床に生かすコツ

鎮静を開始することを渋っていた家族が、いざ鎮静を開始してからは、少しでもつらそうな表情だったり、手足が動いたりすると「とてもつらそうにしているんだけど」と、患者の苦痛に対して、鎮静開始前よりも敏感になることがある。「どうせ鎮静をしてもらうんだったら、意識レベルが下がってでもしっかり苦痛が取れないとつらい」という気持ちが反映しているのだろう。鎮静を開始することがゴールではなく、鎮静を開始してからもちっと薬が効いているかを評価して、早く穏やかに過ごせるようにすることが、患者本人のみならず家族のためにも大切だ。

また、家族に必要なことを説明し、疑問に答えることも大切だ。全身状態や予測される余命、根治はむずかしいこと、意識レベルを下げることでしか緩和できない苦痛で苦しんでいることを伝えよう。このとき、鎮静後の状況をイメージできるように、意識やコミュニケーション、飲食がどれくらい可能かも話しておきたい。そして、必要な治療やケアは続けるし、患者・家族の希望が反映されることを保障すると良い。もし鎮静を行わなかったらどうなるか、予想されることについても伝えておこう<sup>1)</sup>。

さらに、患者が意思をしっかり伝えることができない場合、今の状況で本人だったらどんなことを希望するかについて、家族とともに考えよう。ここでは、家族に選択の責任を負わせないように、あくまで「本人がなるべく穏やかに過ごせるためにはどうしたら良いか」、「本人だったらどうしたいというだろうか」、ということに焦点を当てて、医療者が「本人にとっての最善を一緒に考えて行きます」という姿勢が大切だ。

鎮静によって余命が短くなる可能性は、適切に鎮静を行えばとても低いと考えられている。海外の研究では、鎮静をしてもしなくても死亡までの期間に差はないと報告されており、わが国の緩和ケア病棟の調査では、鎮静を開始した後に致死的な変化が出現したのは、3.9%であったとの報告もある(CASE 36 参照)。なので、病状がかなり厳しいことを考えれば、まずまず安全に苦痛緩和が可能であると言えるだろう。むやみに鎮静の危険性ばかり強調しすぎると、後々「命を縮めてしまったのではないか……」という気持ちが残ったり、鎮静を行うことに余計に強く抵抗を感じるかもしれない。「鎮静をしてもしなくても急な変化はありうる厳しい状況で、もし急な変化があっても、苦痛が和らいで過ごせることが本人にとって一番良い選択なんだ」というメッセージが家族に伝わるようにすることが大切ではないだろうか。

そして、家族の心配や不安をよく聞いて、悲しみや身体的・精神的なつらさが和らぐような支援を行うことが大切だ。たとえば、鎮静開始後も、声を掛けたり、環境を整え、誠実に対応して、患者を大切にしていることが家族にも伝わるようにしよう。家族ができること、たとえば声を掛ける、手足にやさしく触れる、好きだった音楽を流すなどをともに考え、家族が最期まで「本人の側にいることに意味があるし大切なんだ」と思えるように援助して行きたい<sup>2)</sup>。

このように、医療者が家族とコミュニケーションをしっかりと取って、信頼関係を築いて鎮静を行っていくことは、薬物を投与して苦痛をしっかり軽減していくことと同じくらい大切なのだ。



## PRACTICE

### ①十分な苦痛緩和となる鎮静の施行

鎮静開始後、薬剤の効果を定期的に評価し、苦痛緩和が達成されるように迅速に薬剤調整をする。

### ②十分な情報提供

鎮静以外の手段について十分に検討・施行したが有効ではないこと、鎮静によって生命が短縮する可能性は一般的には少ないこと、患者の状態変化を必要に応じて伝える。

### ③意思決定過程の共有

患者本人の苦痛緩和と、本人の意思を尊重することに焦点を当て、責任を医療者がともに担う姿勢を取る。

### ④感情支援

家族の心配や不安を傾聴し、悲しみや身体的・精神的負担に対する十分な支援を行う。



## では、このケースではどうするか？

### ・ A を選んだ → 10点

このような場合では、常に、その時点で本人にとって一番良い方法を考えていくことが大切だ。患者の状態も家族の気持ちも変化するものなので、今すぐ鎮静を開始しないとしても、最期までしないと決める必要はない。

### ・ B を選んだ → 50点

これは鎮静を開始するのに必要な説明をしているだけ。ただ正論だけを伝えたとしても、家族が気持ちをくみ取ってもらえないと感じたら、後々家族のつらさは残ってしまうかも……。

### ・ C を選んだ → 90点 *Good!*

家族の悲しみや病状を受け入れがたい気持ちを察しながら、患者本人にとって一番良い治療や過ごし方をともに考えており、きっと家族は気持ちをくみ取ってもらえたと感じるだろう。家族の気持ちのつらさを和らげるケアであり、合格！

## このケースの解説

このケースでは、本人の意思を直接確認することはできないが、耐えがたく意識レベルを下げる以外では緩和できない苦痛があり、余命の長さも数日と厳しい。妻は、本人とのコミュニケーションを希望しているが、現実的には困難である。また、長男の発言に、長男自身の気持ちのつらさが表われており、このコミュニケーションが困難な状況に意味を見出せないでいるようだ。ここではまず、「家族の気持ちのつらさに焦点を当てて、家族の希望や病状理解を確認する」必要がある。現実的

には本人とのコミュニケーションは困難なので、「本人ならどうしてほしいと言うだろうか?」と、家族が考えられるようにしよう。言葉では伝えられなくても苦しんでいる現状や、以前の患者本人の希望を家族に伝え、家族の希望を尊重しつつも、あくまで本人のためにはどうするのが一番良いかに焦点を当てるようにする。そのうえで、「**苦痛は強く、病状的に鎮静以外で苦痛緩和は困難であることを伝え、鎮静についても詳しく説明する**」方が良い。回答④のように「家族の抵抗感が大きいから鎮静は行わない」ではなく、なぜ抵抗感が大きいかを考えたい。病状や苦痛症状の理解は? 悲しみの強さや、厳しい現実を認めたくない気持ちは? 鎮静の理解は? ……家族の気持ちを聞いて理解し、コミュニケーションの糸口として関わっていくことが大切なのだ。

## 文 献

- 1) 日本緩和医療学会(編): 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版, 金原出版, 東京, p32-37, 2010
- 2) 日本緩和医療学会(編): 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版, 金原出版, 東京, p40-41, 2010



専門家の役割のひとつは、新しい知見を標準化して、誰にでも使える形にし、その教育と普及を行うことであると思っています。つまり、自分が今まで得てきた経験や知識を誰にでも再現可能なかたちで世の中に広げてゆくこと、なんだと思います。そのひとつの手段が臨床研究を行うことであり、教育活動をするこゝろなんだなあ、と、近頃実感しています。この本は、日頃の臨床における疑問を、根拠となる論文をもとに、臨床の経験知と併せて解釈し、目の前の患者さんとご家族にできるかぎり良い医療を展開できるように、その考え方のプロセスをまとめた本です。楽しみながら読み進められるように工夫されており、拾い読みができるよう、テーマごとに構成されています。ぜひ医局で、自宅で、短い時間を有効に利用して読んでいただければと思っています。

木澤 義之

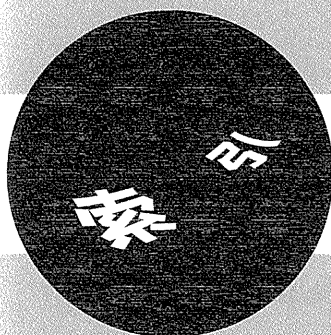
この本では、緩和ケアに関してエビデンスが「ある」事柄についてまとめました。ところでエビデンスの「ある」「なし」とはどのようなことなのでしょう。新たなエビデンスを構築するには、現場で治療やケアを行っている人達が、「自分がよい」と思ったことや、「自分がうまくいった」ことを広く同僚に伝え、別の患者の役に立ってほしいと思うことが出発点です。次に、自分がよいと思ったことを測定する「ものさし」、すなわち尺度が必要となります。その「ものさし」で何人もの患者の何かを測定した結果に、文脈を与えるべく統計という確率で結果をさらに測定します。

つまり、エビデンスの「ある」とか「ない」とかいうことは、「ものさし」が「ある」か「ない」かなのです。

エビデンスの有無にかかわらず、臨床の現場で、毎日患者の問題に対応していると思います。ときには、自分しか気がつかない患者の弱い信号を感知して、周囲の人には分からないような対応をすることもあるでしょう。それを人は経験とも呼びますが、この感知できる力こそが、待たなしで最善を尽くす必要のある日々の臨床では必要な能力です。ですから、数値で測れるものだけが存在するもので、数値にできないものは存在しないという考えの臨床家は、新たな「ものさし」も、そしてエビデンスも作り出す知性がないといわざるを得ません。

エビデンスが「ない」領域とは、優れた臨床家は感知していてもまだ測定できない、でも確かに存在するものだと考えてほしいのです。確かに存在しているがものさしがない。だから他人に伝えられない。エビデンスに対してこうした謙虚な姿勢を持つ臨床家だけが、新しいエビデンスを創造できると僕は信じています。

新城 拓也



## 欧文

advance care planning (ACP) 135  
 advance directive 135  
 breaking bad news 126  
 DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 134  
 good death 147  
 hope for the best, and prepare for the worst  
 100  
 Karnofsky performance scale 144  
 NMDA型受容体拮抗薬 64  
 NSAIDs(非ステロイド抗炎症薬) 29  
 —副作用 31  
 Palliative Performance Scale 144  
 Palliative Prognostic Index (PPI) 144  
 Palliative Prognostic Score (PaP score) 144  
 palliative sedation therapy 173  
 power of attorney for healthcare 137  
 pseudo-death rattle 169  
 SHARE 128  
 Sims体位 171

## 和文

### あ行

アセトアミノフェン 31  
 アドバンス・ケア・プランニング 135  
 アドバンスディレクティブ 135  
 アトロピン® 169  
 痛み日記 9, 59  
 痛みのパターン 8  
 痛み評価シート 7, 59  
 医療委任状 137  
 栄養 85  
 嘔気・嘔吐 16, 34  
 オキシコドン 12  
 オクトレオチド酢酸塩 75  
 オピオイド 2, 8, 11, 16, 29, 38, 42, 46, 51, 56

—選択 11  
 —増量 2, 6  
 —副作用 16, 34, 38, 42  
 —偏見・誤解 46, 51  
 オピオイドローテーション 4, 35, 38, 42  
 オンコロジー・エマージェンシー 5

### か行

外来化学療法 90  
 下顎呼吸 148  
 家族ケア 152, 157, 163, 165, 178  
 ガバペンチン 62  
 がん性髄膜炎 4  
 がん性腹膜炎 75  
 緩和ケアニーズ 90  
 緩和ケア病棟 103  
 —の紹介 103  
 偽性死前喘鳴 169  
 ケタミン 64  
 抗うつ薬 64  
 口渇 80, 160  
 抗がん剤治療中止 98  
 口腔ケア 80  
 抗痙攣薬 64  
 抗コリン薬 169  
 口内炎 82  
 抗ヒスタミン薬 36  
 抗不安薬 66  
 呼吸困難 66  
 心の準備 108  
 コーチ(コーチング) 154  
 コデイン 13  
 コミュニケーション 97, 99, 126  
 コルチコステロイド 64, 75

### さ行

サポート 56  
 酸素 66  
 事前指示 135



死前喘鳴 148, 168  
 持続痛 8  
 ジプレキサ® 36  
 終末期がん患者 80, 85, 108, 158, 173  
 終末期ケア 141  
 終末期せん妄 163  
 寿命 51  
 消化管閉塞 75  
 上腹部の痛み 27  
 神経根圧迫 3  
 神経障害性疼痛 4, 61  
 神経ブロック 25  
 心電図モニター 150  
 心肺蘇生 135  
 膵臓がん 25  
 髄内転移 3  
 スクリーニング 90  
 スコボラミン 169  
 ステロイド 66  
 スピリチュアルケア 112, 130  
 スピリチュアルペイン 115, 130  
 生活のしやすさに関する質問票 91  
 精神刺激薬 42  
 精神的苦悩 113  
 精神的サポート 97  
 制吐薬 16, 34  
 喘鳴スコア 169  
 生命予後 52  
 セデーション 68, 173, 178  
 セルフコントロール 59  
 せん妄 38, 148, 163

---

 た行
 

---

体液貯留症状 86  
 代替療法 110  
 代理意思決定人 135  
 耐えがたい苦痛 175  
 脱水 86  
 短期回想法 130  
 チアノーゼ 148  
 治療抵抗性の苦痛 175  
 鎮静 68, 173, 178  
 鎮痛補助薬 2, 61  
 低酸素血症 67  
 疼痛マネジメント 56  
 突出痛 8, 20

トラベルミン® 36

---

 な行
 

---

眠気 29, 42, 61  
 望ましい最期 108, 147  
 ノバミン® 18

---

 は行
 

---

ハイスコ® 169  
 バリア(障壁) 46, 53  
 悲嘆のケア 166  
 非定型抗精神病薬 36  
 フェンタニル 12  
 腹水 71  
 ——穿刺 71  
 ブスコパン® 169  
 負担感軽減 113, 116  
 ブチルプロマイド 169  
 腹腔静脈シャント 73  
 腹腔神経叢ブロック 25  
 プリンペラン® 18  
 ベタナミン® 44  
 ポータブルトイレ 118  
 ホスピス 103

---

 ま行
 

---

看取り 122, 148, 152  
 モルヒネ 2, 12, 46, 66

---

 や行
 

---

輸液 80, 85  
 予後告知 121  
 予後予測 142  
 予後予測スケール 144

---

 ら行
 

---

利尿薬 73  
 リビングウィル 135  
 療養場所 105  
 臨終 152  
 レスキュー 4, 6, 20  
 ——投与量 20

# がん診療に携わる すべての医師のための 心のケアガイド

編著 清水 研

(国立がん研究センター中央病院  
緩和医療科・精神腫瘍科 副科長)

真興交易(株)医書出版部

# 第10章 がん患者のリハビリテーションと心理的問題

岡村 仁

がん患者に対する心理的な効果を期待できるアプローチの1つとして、リハビリテーションが注目されてきている。以前より、がん患者に対するリハビリテーションは「患者の身体的-心理的-社会的側面の間に存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくといわれるように<sup>1)</sup>、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されてきた。ところが、リハビリテーションは元来、日常生活活動能力 (activities of daily living : ADL) の改善・向上を主たる目的として行われてきたため、がん医療においては、医療者、患者ともに、ADLを改善し社会復帰を目指すというイメージの強いリハビリテーションに対して、積極的な介入を求めることは少なかった。しかし近年、がんによる症状、あるいは治療に伴う副作用を抱えながら長期生存する患者が増えてきたこと、あるいは緩和医療の進歩などに伴い、がんのリハビリテーションへ関心が向けられるようになり、心理的な側面に対する効果も報告されるようになってきた。

ここでは、がんのリハビリテーションに関して、著者らが行った2つの調査結果を提示する。

## 調査1

がん専門病院に入院中の23名の患者に対してリハビリテーションを2週間実施し、患者とその家族に対して、リハビリテーションの前後で何が変化したかを調査した。患者の状態は、PS (performance status) 3が12名 (52.2%)、PS 4が8名 (34.8%) で全体の87%がPS 3~4であり、実施されたリハビリテーションの内容は、主として立位訓練、歩行訓練、上肢機能訓練であった。リハビリテーション介入の結果、いくつかの身体面の変化とともに、患者・家族とも感情状態 (face scale) が大きく変化していた。すなわち、心理的な苦痛がリハビリテーション後に軽減していた。またその際、患者と家族のそれぞれから、リハビリテーションの効果をもどどのようなことで感じたかを調査したところ、患者からは「指導を受けることによる安心感」「精神的支援」などが挙げられ、家族からは「精神面での効果」「楽しみ」「自信回復」など患者の心理面への影響に関する内容が挙げられていた<sup>2)</sup>。

## ポイント

がん患者に対するリハビリテーションアプローチは、患者・家族ともに心理面での効果を期待できる。

## 調査2

わが国の緩和医療の現場におけるがんリハビリテーションの現状を知ることを目的に、ホスピス/緩和ケア病棟を対象にリハビリテーションに関する実態調査を行った。対象は

表 1 がんの各時期におけるリハビリテーションの対象領域（文献3より引用）

疾患の時期	領域
I. 診断から治療計画立案まで	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. がん治療が機能に及ぼす影響の予測</li> <li>2. 機能の維持に関する理解</li> <li>3. 総合的なリハビリテーション評価（ROM, ADL など）</li> </ol>
II. 初回治療時	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療が機能に及ぼす影響の評価</li> <li>2. 活動の増加による機能の回復と維持</li> <li>3. 痛みのコントロール</li> </ol>
III. 初回治療後	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日常生活を回復し健康的なライフスタイルを促進するためのプログラムの開発と支援</li> <li>2. 自己チェックすべきことについての患者への教育</li> <li>3. 移動に関する維持プログラムの管理</li> </ol>
IV. 再発時	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 再発の衝撃やそれが機能へ及ぼす影響についての患者への教育</li> <li>2. 臨床所見でチェックすべきことについての患者への教育</li> <li>3. 機能を維持しその低下を予防するための適切なプログラムでの患者管理</li> <li>4. 活動や QOL を維持することでの患者への援助</li> </ol>
V. 終末期	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 移動訓練, 身体機能維持, 補助具に関する患者・家族への教育</li> <li>2. 薬物以外での痛みへの対応と症状コントロール</li> <li>3. 自立と QOL の維持</li> </ol>

ROM : range of motion（関節可動域）

日本ホスピス・緩和ケア協会に加盟している 206 施設とし、郵送による質問紙回答法を実施した。130 施設（63.1%）から有効回答が得られ分析した結果、ホスピス/緩和ケア病棟に入院しているがん患者に対するリハビリテーションとして、主として PS が 2~3 の患者に対し、起立・歩行、移動、あるいはトイレ問題を発端とし、QOL を向上させることが期待されていることが明らかとなった。

## ポイント

緩和医療の現場においてもリハビリテーションニーズはあり、そこでは起立・歩行、移動、あるいはトイレ問題にアプローチすることによる QOL 向上が期待されている。

次に、疾患のそれぞれの時期においてリハビリテーションが対象となり得る領域についてまとめたものを表 1 に示した<sup>3)</sup>。リハビリテーションの実際について、特に心理・社会的側面での関与を中心にみていく。

## ① 外科的治療前後のリハビリテーション

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初めに確認しておくことが大切である。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いわれており<sup>4)</sup>、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重要である。

## ② 化学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、今後は更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。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「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。

## ③ 再発・進行期のリハビリテーション

再発・進行がん患者には、がんの進行に伴いさまざまな症状が生じる。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。

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得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1番に挙げられる。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。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、その時々々の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、スタッフから押し付けることはせず、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1番いい時期」と念頭に置き、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。

## ④ 終末期のリハビリテーション

終末期のリハビリテーションにおいては、患者および家族のニーズが最も重要である。最期の時まで「トイレに行きたい」「歩きたい」という希望が強くある場合、患者の機能改善は見込めないとしても、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、歩行補助具の導入などにより、希望に沿うことができる。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、そして家族に「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、患者のベッドサイドに行き、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を通して患者の身体に触れることで、最期の時までリハビリテーションを行うことが可能である。

### ポイント

リハビリテーションは、診断時から終末期までのすべての時期で適用が可能であり、身体面だけでなく心理・社会的側面でのかわりも可能なアプローチ法の1つである。

「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」と言われているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要な心理的援助になることが期待される。

### 文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer* 2002 ; 10 : 281-91
- 2) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it—results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* 2007 ; 29 : 437-44
- 3) Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. *Cancer* 2001 ; 92 : 975-9
- 4) 大谷英子, 松本光子, 越村利恵 : がん患者のQOLと臨床看護の方向性—乳がん患者の心理的適応に関する縦断研究を通して。 *臨床看護* 2000 ; 26 : 1113-8

# 精神腫瘍学

[編集]

内富庸介 岡山大学大学院教授・精神神経病態学

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  
心理社会科学室長

- interactions. New Approaches to Brain Tumor Therapy Central Nervous System Consortium. J Clin Oncol, 1997 ; 15(9) : 3121-3128.
- 9) Chang SM, et al : Phase I study of paclitaxel in patients with recurrent malignant glioma—a North American Brain Tumor Consortium report. J Clin Oncol, 1998 ; 16(6) : 2188-2194.
  - 10) Vecht CJ, Wagner GL, Wilms EB : Interactions between antiepileptic and chemotherapeutic drugs. Lancet Neurol, 2003 ; 2(7) : 404-409.
  - 11) Bourg V, et al : Nitroso-urea-cisplatin-based chemotherapy associated with valproate—increase of haematologic toxicity. Ann Oncol, 2001 ; 12(2) : 217-219.
  - 12) Ghosh C, et al : Fluctuation of serum phenytoin concentrations during autologous bone marrow transplant for primary central nervous system tumors. J Neurooncol, 1992 ; 12(1) : 25-32.
  - 13) Grossman SA, Sheidler VR, Gilbert MR : Decreased phenytoin levels in patients receiving chemotherapy. Am J Med, 1989 ; 87(5) : 505-510.
  - 14) Dofferhoff AS, et al : Decreased phenytoin level after carboplatin treatment. Am J Med, 1990 ; 89(2) : 247-248.
  - 15) Schroder H, Ostergaard JR : Interference of high-dose methotrexate in the metabolism of valproate? Pediatr Hematol Oncol, 1994 ; 11(4) : 445-449.
  - 16) Gattis WA, May DB : Possible interaction involving phenytoin, dexamethasone, and antineoplastic agents—a case report and review. Ann Pharmacother, 1996 ; 30(5) : 520-526.
  - 17) Lackner T E : Interaction of dexamethasone with phenytoin. Pharmacotherapy, 1991 ; 11(4) : 344-347.
  - 18) Wong DD, et al : Phenytoin-dexamethasone—a possible drug-drug interaction. JAMA, 1985 ; 254(15) : 2062-2063.
  - 19) Rabinowicz AL, et al : High-dose tamoxifen in treatment of brain tumors—interaction with antiepileptic drugs. Epilepsia, 1995 ; 36(5) : 513-515.

(小川朝生)

## V リハビリテーション

### 1. 心のケアとリハビリテーション

がん患者に対する心理的な効果を期待できる介入法の1つとして、リハビリテーションが注目されてきている。以前より、がん患者に対するリハビリテーションは「患者の身体的-心理的-社会的側面の間」に存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくと言われるように<sup>1)</sup>、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されてきた。ところが、リハビリテーションは元来、日常生活活動能力(activities of daily living: ADL)の改善・向上を主たる目的として行われてきたため、がん医療においては、医療者、患者ともに、ADLを改善し社会復帰を目指すというイメージの強いリハビリテーションに対して、積極的な介入を求めることは少なかった。

しかし近年、がんによる症状、あるいは治療に伴う副作用を抱えながら長期生存する患者が増えてきたこと、あるいは緩和医療の進歩などに伴い、がんのリハビリテーションへ関心が向けられるようになり、心理的な側面に対する効果も報告されるようになってきた。

### 2. がん患者・家族のリハビリテーションへの期待

筆者らの研究結果を通して、がん患者とその家族がリハビリテーションにどのような効果を期



待し、また感じているかをみてみたい。

がん専門病院に入院中の23名の患者に対してリハビリテーションを2週間実施し、患者とその家族に対して、リハビリテーションの前後で何が変化したかを調査した。患者の状態は、PS3が12名(52.2%)、4が8名(34.8%)で全体の87%がPS3~4であり、実施されたリハビリテーションの内容は、主として立位訓練、歩行訓練、上肢機能訓練であった。リハビリテーション介入の結果、いくつかの身体面の変化とともに、患者、家族とも感情状態(face scaleによる評価)が大きく変化していた。すなわち、心理的な苦痛がリハビリテーション後に軽減していた。

またその際、患者と家族のそれぞれから、リハビリテーションの効果をどのようなことで感じたかを調査したところ、患者からは「指導を受けることによる安心感」、「精神的支援」などが挙げられ、家族からは「精神面での効果」、「楽しみ」、「自信回復」など患者の心理面への影響に関する内容が挙げられていた<sup>2)</sup>。以上の点から、がん患者に対するリハビリテーションは、患者、家族ともに心理面での効果を期待できると思われる。

### 3. 各時期におけるリハビリテーションの留意点

疾患のそれぞれの時期においてリハビリテーションが対象となり得る領域についてまとめたものを表11に示す<sup>3)</sup>。ここでは各時期について、リハビリテーションを行う際の留意点を、とくに心理・社会的側面に焦点を当てて述べる。

表11 がんの各時期におけるリハビリテーションの対象領域

疾患の時期	領域
I. 診断から治療計画立案まで	1. がん治療が機能に及ぼす影響の予測 2. 機能の維持に関する理解 3. 総合的なリハビリテーション評価(ROM, ADLなど)
II. 初回治療時	1. 治療が機能に及ぼす影響の評価 2. 活動の増加による機能の回復と維持 3. 痛みのコントロール
III. 初回治療後	1. 日常生活を回復し健康的なライフスタイルを促進するためのプログラムの開発と支援 2. 自己チェックすべきことについての患者への教育 3. 移動に関する維持プログラムの管理
IV. 再発時	1. 再発の衝撃やそれが機能へ及ぼす影響についての患者への教育 2. 臨床所見でチェックすべきことについての患者への教育 3. 機能を維持しその低下を予防するための適切なプログラムでの患者管理 4. 活動やQOLを維持することでの患者への援助
V. 終末期	1. 移動訓練, 身体機能維持, 補助具に関する患者/家族への教育 2. 薬物以外での痛みへの対応と症状コントロール 3. 自立とQOLの維持

ROM : range of motion (関節可動域)

(Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 : 92 : 975-979 より引用)

### 1) 外科的治療前後のリハビリテーション

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を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初めに確認しておくことが大切である。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。

### 2) 化学療法中のリハビリテーション

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。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「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。

### 3) 再発・進行期のリハビリテーション

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得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挙げられる。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。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、その時々々の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、スタッフから押し付けることはせず、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。

### 4) 終末期のリハビリテーション

終末期のリハビリテーションにおいては、患者および家族のニーズが最も重要である。最後のときまで「トイレに行きたい」、「歩きたい」という希望が強くある場合、患者の機能改善は見込めないとしても、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、歩行補助具の導入などにより、希望に添うことができる。この時期は患者や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、患者のベッドサイドに行き、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を通して患者の身体に触れることで、最後のときまでリハビリテーションを行うことが可能である。

「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」と言われているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要な心理的援助になることが期待される。

### 文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. Support Care Cancer, 2002 ; 10 : 281-291.
- 2) Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 ; 92 : 975-979.
- 3) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it—results of a Japanese population. Disabil Rehabil, 2007 ; 29 : 437-444.

(岡村 仁)

## VI 心理社会的介入

がん患者に高頻度にみられる精神症状の代表的なものは、診断後の不安・抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における抑うつ、終末期における実存的苦痛などである。わが国においても、精神科医や心療内科医をはじめとした精神保健の専門家ががん医療への参画が強く求められているが、がん患者は精神療法的な援助を希望するものが多い<sup>1)</sup>、必然的に心理社会的介入を中心とした関わりが求められることが多い。本項では、がん患者に対する心理社会的介入について概説する。

### 1. がん患者の精神症状に対する心理社会的介入の有用性のエビデンス

わが国でもっとも早く着手され、また最も幅広く試行されてきたがん患者を対象とした心理社会的介入は集団精神療法である(後述)。わが国においては、構造化された短期介入法として、東海大学のグループが乳がん患者を対象として本治療を導入し<sup>2)</sup>、国立がん研究センターのグループが乳がん患者を対象とした無作為化比較試験で、わが国のがん患者に対する有用性を実証した<sup>3)</sup>。

一方、がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした心理社会的介入の有用性を検討した無作為化比較試験は欧米を中心として多数報告されている<sup>4)</sup>。しかし、がん患者やがん患者を含めた身体疾患患者の不安、抑うつに対する個人精神療法および集団精神療法の有効性がメタアナリシスにより示唆される一方で<sup>4-7)</sup>、系統的レビューの結果では一定した見解は得られてい

# 精神庭瘍学

[編集] 内富庸介 小川朝生