

ける場ではないことを忘れずに。

● チームをみんなで育てよう

- 自由に意見を言うことができるコミュニケーションは、チームを育てていくためにも大事なことです。的外れに思えたり、あるいは少数の意見も大事に考えることを通して、ともすれば見落としがちな問題を丁寧に考えることを大事にします。
- 医療者同士で話し合うときに、医療者のネガティブな感情は出しにくいものです。例えば、患者さんや家族に対してネガティブな感情を持ったことを話すのは、「医療者として働く資格がない」とか「医療者の態度として失格だ」と非難されるのではとの不安につながります。しかし、そのような感情を持つと、知らず知らずに態度に表れてしまうものです。オープンに話せる雰囲気的大事に育てていきたいですね。

Point ▶ お互いに自由に意見が出せる雰囲気を育てましょう。

(小川朝生)

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



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

目次

はじめに.....3

第1章 がん患者における心のケア —サイコオンコロジー総論— (内 富 庸 介).....11

- ① Quality of life の向上 13 ② Quantity of life の延長 17 ③ 精神科医が参画するがん医療の長所について 18

第2章 コミュニケーション.....21

■ 一般的なコミュニケーション..... (白 井 由 紀).....22

- ① コミュニケーションとは 22 ② がん医療におけるコミュニケーション 23 ③ がん患者の心理とコミュニケーションの重要性 24 ④ 基本的なコミュニケーション 24 ⑤ 若年患者とのコミュニケーション 26 ⑥ 怒りを呈する患者とのコミュニケーション 26 ⑦ 医療者に自身の感情を表出しない患者とのコミュニケーション 27 ⑧ 家族とのコミュニケーション 27

■ がん告知 —SHARE—..... (藤 森 麻 衣 子).....29

- ① コミュニケーションとは 29 ② 悪い知らせとは 29 ③ コミュニケーション技術の学習方法 33

第3章 よくある精神症状とその対応.....35

■ 抑 う つ —患者が落ち込んでいる, 元気がない—..... (宮 島 加 耶 / 藤 澤 大 介).....36

- ① がん患者の抑うつ 36 ② 通常の心理的反応 37 ③ 抑うつの危険因子 38 ④ 抑うつの評価, 診断 38 ⑤ 抑うつへの対応, 治療 40 ⑥ 高齢がん患者におけるうつ病の注意点 43

■ 不 安 —心配が強い, 落ち着きがない—..... (秋 月 伸 哉).....45

- ① 不安とは 45 ② 不安を伴う精神医学的問題 46 ③ 不安に対する介入 47

■ 認知症・せん妄 —言っていることをつじつまが合わない, 記憶力がおかしい—..... (小 川 朝 生).....50

- ① 認知症 50 ② せん妄 51

認知症・せん妄

—言っていることをつじつまが合わない、記憶力がおかしい—

小川朝生

はじめに

わが国においては、世界に先駆けて高齢化社会が進行している。厚生労働省の統計によると、2007年には65歳以上の老年人口は2,750万人となり、全人口の21.6%を占め、2025年には3,500万人まで増加し、国民の3人に1人は高齢者という時代が迫りつつある。

高齢化は加齢に関連する疾患の増加を意味する。アルツハイマー病を代表とする認知症への対策が緊急の課題である。特に2015年問題といわれるように、人口構成比の高いいわゆる団塊の世代が65歳を迎えると、認知症患者も大幅に増加すると見積もられ、現在200万人といわれる認知症患者が2020年には300万人を超えると予想されている。

一方、加齢に関連する疾患として代表的な疾患にがんも挙げられる。がんの罹患率は、男性では45～89歳、女性では40～84歳までの広い年齢において最大の死因になっている。特に高齢者に注目すると、がん罹患者の60%が65歳以上であり、死亡者で見積もると70%が75歳以上である。現在、がん患者は約200万人であるが、2020年には500万人と急激な増加が見込まれる。

本項では、高齢者の精神症状として重要な課題である認知機能障害（認知症・せん妄）を中心に紹介をしていく。

① 認知症

認知症とは、正常に発達した認知機能が、後天的な器質性障害（神経変性など）により持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態である。認知症の定義はいくつか提唱されているが、代表的なものにDSM-IV-TR〔Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)-TR〕がある。認知症の罹患率は65歳で1.5%、70歳で約4%、75歳で約7%、80歳で約15%であり、およそ65歳以上の10人に1人が診断基準を満たす¹⁾。わが国では高齢化に伴い認知症患者も増加し、2006年でおおよそ200万人が認知症に罹患しているといわれている。

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症自体がセルフケアの障害を通して予後を悪化させる因子になるのみならず、せん妄や抑うつ状態など精神医学的対応を必要としたり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある²⁾。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する³⁾。

抗がん治療が実施されている場合、安全性の評価の上で認知機能の評価は重要である。たとえば外来の場においては、

- ① 経口抗がん剤の服用を間違える

- ② オピオイドの内服を間違える
 - ③ 化学療法に伴うセルフケアができない
 - ④ 治療方針が理解できない、決定できない
- などの問題が生じる危険性がある。

認知症を合併したがん患者は、進行がんの比率が高く、ステージが不明の場合が多い³⁾。また、認知症の既往は予後にも影響する。乳がんや前立腺がん、大腸がんを対象とした米国の Medicare のデータベースを用いた後向き研究では⁴⁾、非認知症のがん患者の6カ月以内の死亡率が8.5%だったのに対して、認知症を合併した場合には33%に上った。死因別に検討すると、認知症を合併した患者では、がんに関連する死亡もがんに関連しない死亡もともに上昇していた。認知症を合併したがん患者では、ステージが不明の症例が多く、死亡率上昇の13.6% (結腸・直腸がん) から16.4% (乳がん) は、がんが進行期であることで説明ができた。一方、前立腺がんにおいては、病期を調整すると、認知症はがん関連死にはほとんど影響しないと見積もられており、がん種による差は今後の検討課題である。また、認知症患者では、診断病期の予後への影響は非認知症患者よりも小さいことも明らかになった。これは認知症患者には治療に伴う合併症の影響が相対的に大きいことを示していた。

認知症に関しては、前向き研究による詳細な検討が必要である。認知症を合併した場合に病期の影響が小さいことは、早期発見のためのスクリーニングの有効性も認知症の有無で異なることが考えられ、高齢者のガイドラインは新たに検討する必要がある。

② せん妄

せん妄は身体因子を原因とする脳機能障害である。

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、脳活動が破綻して生じる脳機能障害の一種である。せん妄は、幻視や妄想、興奮などの激しい精神症状から、軽い見当識障害に伴って不安・焦燥感を訴えるような慣れないと気づかずに見過ごしてしまうような症状まで、多彩な症状を呈する。そのため、がん医療の現場では、未だに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非常に多い。せん妄はあくまでも身体因子により生じる軽度の意識障害を伴った脳機能障害であり、身体的な治療が必要な病態であること、退院などの環境調整では改善しないことを知ることがまず必要である。

1. せん妄の有病率とその影響

せん妄は、がん患者において高頻度に認められる。一般には入院がん患者の20~30%に認められ、進行・終末期になるにつれて次第に上昇する。特に予後が1週間を切る段階では、患者のおよそ90%がせん妄状態を呈する。このようにせん妄は非常に一般的に認められる病態であるにもかかわらず見落とされ、適切な治療がなされていない場合が多い。

表1 セン妄の影響

せん妄が与える影響	関連する症状
せん妄の症状自体が与える苦痛 危険行動と事故の原因（ルート・カテーテル自己抜去、 転倒・転落） アドヒアランスの低下 症状評価が困難、対応が遅れ生命予後が悪化 治療選択など患者の意思決定能力の障害 家族とのコミュニケーションが困難になる 医療スタッフが疲弊 入院が長期化	不安、幻視、妄想、見当識の障害 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 注意力の低下、判断力の低下 不安、幻視、妄想、見当識の障害

せん妄は、幻視や見当識障害などその体験自身が患者に強い苦痛を強いるばかりではなく、事故やコミュニケーションの障害となる（表1）。がんの臨床において、せん妄が生じる場面は、身体的にも重篤な場面である。当然、がん治療の方向性を考えるためには本人の意向が重要であるが、せん妄状態にあると本人の意向が確認できない場合がある。また、がん患者の症状緩和を進めるためには、疼痛や倦怠感など本人の自覚症状を確認しながら、オピオイドやステロイドの調整が必要となる場面がある。ここでせん妄が重畳すると、自覚症状を確認できず、速やかな症状緩和が妨げられることになる。患者のみならず家族の生活の質（QOL）を維持し向上させるためにも、せん妄の管理は重要である。

2. セン妄の診断

せん妄の本態は、何らかの身体的な負荷により、脳機能が障害された特殊な意識障害である。脳機能は全般的に障害されるために、一見さまざまな精神症状が出現するが、その本質は脳機能障害に基づく注意の維持・転導の障害である。表2にせん妄の診断基準（DSM-IV-TR）を示す。

3. セン妄の早期発見

せん妄の症状というと、幻視や興奮など激しい症状が目立ちがちである。しかし、せん妄の神経精神症状の出現率を調べた報告では、行動障害としては睡眠覚醒リズム（97%に出現）、認知症状としては注意力障害（同じく97%）が高頻度に認められている⁵⁾（表3）。

実際、幻視や妄想など目につきやすい精神症状は50%以下の出現率であり、思われているほど一般的ではない。せん妄に気づくためには、①昼夜逆転がないかどうか、②日常会話が成立するくらいの一般的な注意力が保たれているかどうかなど、目立ちにくい変化を把握できるかどうか重要である。

たとえば、臨床場面で「日中うつらうつらして寝て過ごしていないか」を確認したり、「夜になるとトイレの回数が増える」「夜になると落ち着かなくなる」ことがあれば積極的にせん妄を疑って対応を進めていく。また、日常診察場面においても「脈絡なく会話が飛ばないかどうか」や「質問に集中して返事をしているかどうか（おどおどしながらうなずいている）」など注意力の変化を意識することが重要である。

表 2 せん妄の診断基準 (文献1より引用)

DSM-IV-TR 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 場当たりの返事を繰り返す 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 同じ質問を繰り返す 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, 虫をつまむようなしぐさをする
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もできていたのに, 夕方辺りから 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」と繰り返す, 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の変化がある 症状の出現前に, 薬剤を変更している

表 3 神経精神症状 (文献5より引用)

行動異常	(%)	認知症状	(%)
睡眠覚醒リズム	97	見当識	76
知覚障害/幻覚	50	注意力	97
妄想	31	短期記憶	88
情動の変容	53	長期記憶	89
言語	57	視空間能力	87
思考過程	54		
運動性焦燥	62		
運動制止	62		

4. せん妄の原因

せん妄の本態である脳機能の低下をきたす詳細な病態はまだ明らかとなっていないが, 認知科学的な検討から, 大脳基底核や視床の障害が病態の中心と考えられている。

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 (直接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

に分けて検討する (表4)。終末期がん患者の場合, 複数 (平均3つ) の要因がせん妄を誘

表 4 せん妄の原因

要 因	因 子	原 因
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)	年齢 脳の器質的な障害	高齢なほど生じやすい (特に70歳以上はリスクが高い) 認知症の既往 脳血管障害の既往
誘発因子 (直接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)	感覚障害 睡眠覚醒リズムの障害 コントロールされていない身体症状	聴力障害, 視力障害 (白内障) 夜間に覚醒を促す処置 (24時間の点滴) 疼痛, 呼吸困難感, 便秘, 排尿障害
直接原因	腫瘍による脳機能の直接障害 電解質異常 代謝性障害 感染症 循環障害 薬剤	脳転移, がん性髄膜炎 脱水, 高カルシウム血症, 低ナトリウム血症 低血糖, 肝性脳症, ビタミン B ₁ , B ₁₂ 欠乏 貧血, 低酸素血症 オピオイド, ベンゾジアゼピン系薬剤 (抗不安薬, 睡眠導入剤), 抗うつ薬, ステロイド, 抗ヒスタミン薬

発していることが一般的である。

せん妄の原因を詳細に検討する理由は、終末期に出現したせん妄でも、原因治療を行うことで症状の改善を図ることが可能であるからである。たとえば、終末期のせん妄の原因に関する報告では、原因として薬剤 (オピオイド)、脱水、代謝異常、呼吸器感染による低酸素脳症が高頻度に認められる。そのうち、オピオイドや脱水、高カルシウム血症などは適切に対処することで可逆性は高い⁹⁾。

5. せん妄への対策

① 原因の同定と治療

繰り返しになるが、せん妄は身体負荷に発した脳機能障害である。せん妄の治療の原則は、負荷となっている身体因子を同定し除去することにある。したがって、せん妄を疑う場合には、経過を振り返ると同時に、身体所見・検査所見を得て、投薬履歴を確認しながら原因の治療、薬物療法の変更を行う。

原因治療はそれぞれの身体因子により異なるが、感染症が原因であれば抗生物質による対応、高カルシウム血症に対してはビスフォスフォネート製剤による電解質コントロール、薬剤が原因の場合は減量するか切り替えを検討する。

特に終末期のせん妄において、オピオイドが原因となることがしばしばある。しかし、オピオイド (特に塩酸モルヒネ) 誘因のせん妄では、背景に脱水を伴い活性代謝物の蓄積が疑われる場合が多く、補液などを並行して行いながら対処する。疼痛が適切にコントロールされていない場合もあり、安易なオピオイドの減量・中止は避けるべきである。

② 薬物療法

前述のように、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、ほとんどの

表 5 薬物療法で用いられる主な薬剤

一般名	定型抗精神病薬			非定型抗精神病薬		
	ハロペリドール	クロロプロマジン	リスペリドン	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール
投与経路	経口、静脈、筋肉、皮下	経口、静脈、筋肉、皮下	経口	経口	経口	経口
初回投与量	0.75~5 mg	10~25 mg	0.5~1 mg	25~50 mg	2.5~5 mg	3~6 mg
常用量	0.75~10 mg	10~50 mg	0.5~4 mg	25~100 mg	2.5~10 mg	12~24 mg
半減期	10~24 時間	10~59 時間	4~15 時間	3~6 時間	21~54 時間	40~80 時間
代謝	肝	肝	肝	肝	肝	肝
代謝酵素	CYP 2 D 6, CYP 3 A 4	CYP 2 D 6	CYP 2 D 6	CYP 3 A 4	CYP 1 A 2, CYP 2 D 6	CYP 3 A 4, CYP 2 D 6
活性代謝産物	—	+	+	—	—	+
作用特性						
鎮静作用	低	高	低	高	高	ほとんどない
抗コリン作用	低	高	低	低	低	低
降圧作用	低	高	低	低	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低	低	低
その他	標準的薬物 投与経路が広い	治療効果に対する エビデンスは同等	活性代謝産物の 排泄が腎のため 腎機能障害時には 減量して使用	パーキンソン病 のせん妄に対す る第1選択薬	口腔内崩壊錠 がある	鎮静作用がほとん どない

場合は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（特に脳内ドーパミン系の過活動とアセチルコリン系の低活動）が疑われており、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抗不安薬・睡眠導入剤を処方しがちであるが、抗不安薬は脳皮質活動全般を低下させ、せん妄を悪化させるため単独使用は避けるべきである。

薬剤の選択に関しては、抗精神病薬の中ではせん妄に対する有効性はほぼ同等であると考えられている。抗精神病薬を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロフィール、作用時間を考慮する。

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。ハロペリドールは抗幻覚・妄想作用が強いこと、循環器への影響が少ないこと、錠剤のほかに注射製剤があり投与経路の自由度が高いといった特徴を持つ。がん終末期においては、経口投薬が制限されがちであり、その場合でも使用できる数少ない薬剤である。しかし、有害事象である錐体外路症状の発現率が10%程度と高いことから、経口投薬が可能な場合には錐体外路症状の発症率の低い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（ジプレキサ[®]）、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。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使いやすい（表5）。

せん妄に対して抗精神病薬を用いる場合には、どの薬剤であっても少量から開始をし、少量の頻回投与をして必要量を見積もる。その必要量から翌日の投与量を決定する（滴定法）。特にハロペリドールの注射製剤の場合、1 A が5 mg と大きい規格であること、血中濃度の半減期が短いことから、投薬を繰り返すうちに過量投与に陥りがちであるので注意をする。

第3章 よくある精神症状とその対応

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の時間を要する。せん妄症状が改善しても数日から1週間程度はその用量を維持し、症状が再燃しないことを確認した後、約1/3ずつ漸減を進めていく。

④ 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。具体的には睡眠覚醒リズムを回復させるように昼夜の照明のメリハリをつけたり、見当識を容易に保て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。

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。

おわりに

がん患者の認知症・せん妄の現状について概説した。今後、がんと認知症を合併した患者も増加することが見込まれる。身体治療と同時に精神科治療を並行して実施することが求められる機会も増える。

■ 文 献 ■

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)-Text Revision. Arlington, American Psychiatric Pub, 2000
[高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版). 東京, 医学書院, 2004]
- 2) Vardy J, Wefel JS, Ahles T, et al : Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction : an international perspective from the Venice cognitive workshop. *Ann Oncol* 2008 ; 19 : 623-9
- 3) Gupta SK, Lamont EB : Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 1681-7
- 4) Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, et al : Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer : implications for cancer care. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 2033-40
- 5) Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardized measures. *Br J Psychiatry* 2007 ; 190 : 135-41
- 6) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini II, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advance cancer : a prospective study. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 786-94

緩和ケアチームとの連携

小川朝生

はじめに

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針が出され、全国の拠点病院において緩和ケアの実施体制の整備が急速に進んでいる。2002年に「緩和ケア診療加算」により制度化されたものの普及するには至らなかった緩和ケアチームも、「がん対策推進基本計画」が策定され、全体目標に「すべてのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上」が盛り込まれたことから大きく方向転換しつつある。2010年3月の時点で、全国612施設に緩和ケアチームが設置されていることが報告されている。

緩和ケアチームは、拠点病院において緩和ケアを展開するための礎として期待されている。この項では、わが国における緩和ケアチームの現状を考察し、チームと効果的に連携するための方法について考えてみたい。

【症例】 45歳、女性、乳がん（骨転移、肝転移、肺転移）。

乳がんでX-1年術前化学療法後に手術をしたが、半年後に局所再発した。その後、骨転移も発見され、放射線治療に引き続きホルモン療法、化学療法を受けた。しかし、転移は徐々に進行し、肺転移に加えて胸水も出現し、呼吸困難感が増悪したため症状コントロール目的で入院した。

胸水穿刺の後、胸膜癒着術を施行した。担当医から緩和ケアへの移行についての話が出た。面談の後から、「治療が何もなくなった。でも息苦しさがとれない。死の恐怖が迫ってくる。希望もない。体も思うように動かない。つらい。こんな体で家に帰っても家族の迷惑になるだけだ。いっそのこと死んでしまいたい」と病棟スタッフに泣きながら繰り返した。

病棟スタッフが確認したところ、夫とは離婚し、15歳の娘、10歳の息子と3人暮らしで、子どもにはがんの治療を受けていることは伏せていたという。

担当医は、今後の方向を考える上で、さまざまな視点から考えた方がよいだろうと判断し、緩和ケアチームに依頼をすることにした。

① 緩和ケアチームとは

まず、緩和ケアチームとは何かを概観する。

緩和ケアチームとは、一般病棟において担当医や病棟、患者からの依頼を受けて、入院患者の、

- ① 疼痛や倦怠感、呼吸困難感などの身体症状の緩和
- ② せん妄や抑うつ・不安などの精神症状の緩和
- ③ そのほか社会的問題を含めた包括的な支援

表1 緩和ケアチームに求められる役割 (文献1より引用)

① 疼痛, 身体症状マネジメント
② 精神症状マネジメント
③ 患者-医療者間コミュニケーションの支援
④ ケアの目標の設定
⑤ 洗練された退院支援の提供
⑥ 悲嘆への支援

を提供する複数の専門職から構成される集団である。

わが国において、緩和ケアチームが制度化された背景には、緩和ケアの中心を担ってきたホスピス・緩和ケア病棟で亡くなる患者が全体の5%に過ぎないこと、ほとんどのがん患者が一般病棟で亡くなる現状を踏まえて、一般病院で積極的に専門的な緩和ケアを提供する体制を整えることが求められていたことがある。

緩和ケアチームは、1976年に St. Thomas' Hospital の症状緩和チームに由来し、1980～1990年代を通して世界的に普及してきた。海外の緩和ケアチームの活動状況をみると、各国の医療制度の違いを反映し、米国では主に症状マネジメント、英国では在宅療養のコーディネイトに関する対応が中心になるなどの違いがあるものの、大きくは表1の項目にまとめることができる¹⁾。

② 緩和ケアチームの構成

緩和ケアチームの構成は、緩和ケア医単独で構成される solo practitioner model と複数の職種で構成される full team model に分けられる。一般に包括的なケアを提供するためには、full team model が理想とされる。

わが国においては、緩和ケア診療加算に規定された

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

をコアメンバーとした緩和ケアチームの認定基準がある。

また、地域がん診療連携拠点病院の指定要件には、

1. 専任以上の身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
2. 精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
3. 専従の緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する常勤の看護師と指定されている。

わが国の緩和ケアチームにおいては、コンサルテーション・リエゾン精神科医を必須のメンバーとして、精神心理的ケアを重視している点の特徴である。

⑤ 緩和ケアにおいてチーム医療を行う目的

一般に医療分野においてチームアプローチがとられる目的には、医療技術が高度化していくことに対応して各人が役割を分担し、高度な専門性を確立すること、また、専門性を確立した個々人が連携し医療の効率化を促進することがある。これは医療チームが実現すべき到達点であり、たとえば手術室や救急医療において実践されている。

一方、緩和ケアにおいては、専門性と効率の追求に加えて、包括的なアセスメントを行うことも目標に掲げられている。この背景には、緩和ケアにおいて、患者のQOLを向上させることを目標とした全人的な症状緩和が提唱されたことが背景にある。そこでは、患者や取り巻く問題を多職種による複数の視点から検討することにより、全体を俯瞰する視点を回復させることを目指した。

このように、緩和ケアにおける多職種チームには、それぞれの領域の高度化・専門化を推進する一方、細分化することによって失われた全体を見渡す視点を期待する面があることは注意が必要である³⁾。

ポイント

緩和ケアチームの役割には、

- ① 高度で専門的な緩和ケアを効率よく提供する役割
- ② 患者をめぐる問題を多職種で多角的に検討し、包括的な評価とケアを提供する役割がある。

緩和ケアチームが提供できる役割を表2に挙げる³⁾。

表2 緩和ケアチームの役割 (文献3より引用改変)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 身体・精神症状緩和に関する推奨・助言を行えるように用意をし、症状緩和に関する責任を担う ② 支援を通して勧められる治療プランを支援し、強化する ③ 患者-医師間、家族-医師間の葛藤のように、ケアの目標に関係する問題を解決するために時間を割く ④ 現実に生じるとは考えにくい(主に家族の)期待を扱う ⑤ 在宅や療養場所に関して利用できる資源や今後のプランに関する情報を用意する ⑥ 短時間の支持的なカウンセリングを行う |
|---|

④ 緩和ケアチームと連携して包括的なアセスメントを行う

患者・家族の苦痛を少しでも軽減するためには、その苦痛がどのようなものであるのか、確実に評価をしなければならないことは言を俟たない。特に、がん患者・家族を取り巻く問題は複雑である。その問題を見落とさずに把握すること、かつ緩和できる症状は確実に緩和することが臨床で実践されなければならない最重要の課題である。

患者を悩ますあらゆる問題を見落とさず把握するための方法が、包括的なアセスメントである。これは、疼痛管理にとどまらず、「心のケア」、精神腫瘍学のかかわる問題に関し

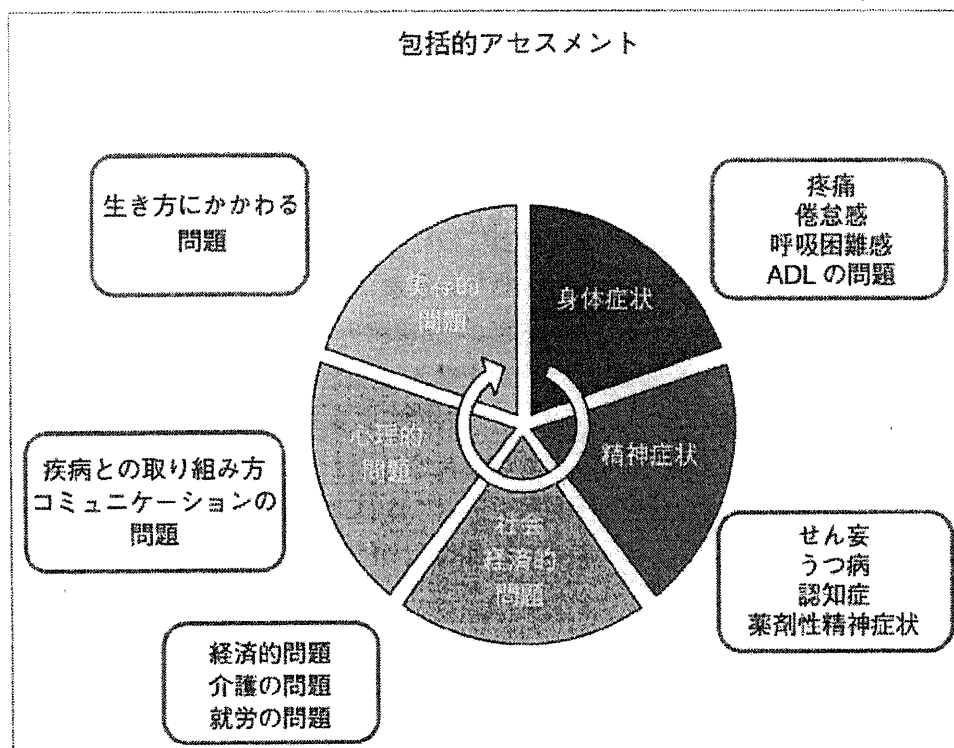


図1 「心のケア」のアセスメント

でも同様である。心理的な諸問題について考えると、その背景に身体症状や精神症状、経済的問題などさまざまな要因が修飾している。それぞれの問題に関して確実に対応・解決しなければ、心理的問題がどのようなものか評価することは困難である。

確実に対応しなければならない問題を把握するために、次のように段階を踏んで、おのおの問題があるか否かを判断し、対応する（図1）。

1. アセスメントで取りあげる問題

「心のケア」というと、身体症状緩和とは全く異なるケアとのイメージを持たれるかもしれない。しかし、「心のケア」は身体症状緩和と離して考えることはできない。

「心のケア」には表3のような問題が含まれる。

2. 症例のその後

担当医の依頼を受けて、緩和ケアチームも参加した。身体症状緩和担当医師、精神症状緩和担当医師、看護師が面談を行った。担当医と病棟スタッフとも相談して包括的にアセスメントをしたところ、以下の問題が抽出された。

- ① 身体症状：呼吸困難感の残存、動作時痛。
- ② 精神症状：パニック発作（動悸、呼吸困難感、恐怖感）を伴ううつ病。
- ③ 社会的苦痛：経済的問題（収入）、介護サポートの不足。
- ④ 心理的問題：子どもとのコミュニケーションの問題、医療者とのコミュニケーションの問題（家族関係の問題を医療者に相談することを躊躇した）。

表 3 緩和ケア領域における精神・心理学的な諸問題

1. 精神医学の問題
① うつ病・適応障害の診断とマネジメント
② せん妄の診断とマネジメント
③ 希死念慮・自殺企図への対応
④ 認知症の診断とマネジメント
⑤ 疼痛など身体症状に関連する精神症状のマネジメント
2. 社会的な問題・介護の問題
① 金銭的問題
② 介護上の問題（独居，老老介護）
③ 社会的支援
④ 家族間の問題
3. 心理的な問題
① がんに伴う心理的苦痛への対応
② 患者・家族間のコミュニケーション
③ 医療者・患者間のコミュニケーション
④ 悲嘆の理解・マネジメント
⑤ 医療者の燃えつき
4. 実存的な問題
① 倫理的問題
② 生命の危機に直面した状況での人格の成長と発達

⑤ 実存的問題：役割の喪失。

担当医と緩和ケアチームは問題点を確認するとともに、支援できることを提案した。患者は、「薬で少し休むことができました。息苦しさも減って、死ぬんじゃないかという恐怖も薄らいできました。痛みも減っています。余裕ができたなら、一度子どもに話をしたいと思います」と話した。子どもとどのように話をするか、チームの看護師が相談にのることになった。

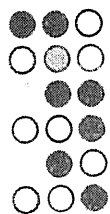
■ 文 献 ■

- 1) Cintron A, Meier DE : The palliative care consult team. Textbook of Palliative Medicine. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al eds. London, Hodder Arnold, 2006 : 259-65
- 2) 細田満和子：チーム医療とは何か？ チーム医療論。鷹野和美 編，東京，医歯薬出版，2002：1-10
- 3) Loscalzo MJ, von Gunten CF : Interdisciplinary teamwork in palliative care : compassionate expertise for serious complex illness. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine (2nd ed). Chochinov HM, Breitbart W eds, New York, Oxford University Press, 2009 : 172-85

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

原因のスクリーニング、原因の治療

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ければ、

▽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

リスベリドン 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)。

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に確認し、「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、オキシドロン、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。

図1 せん妄の治療のオーバービュー (文献1より引用)

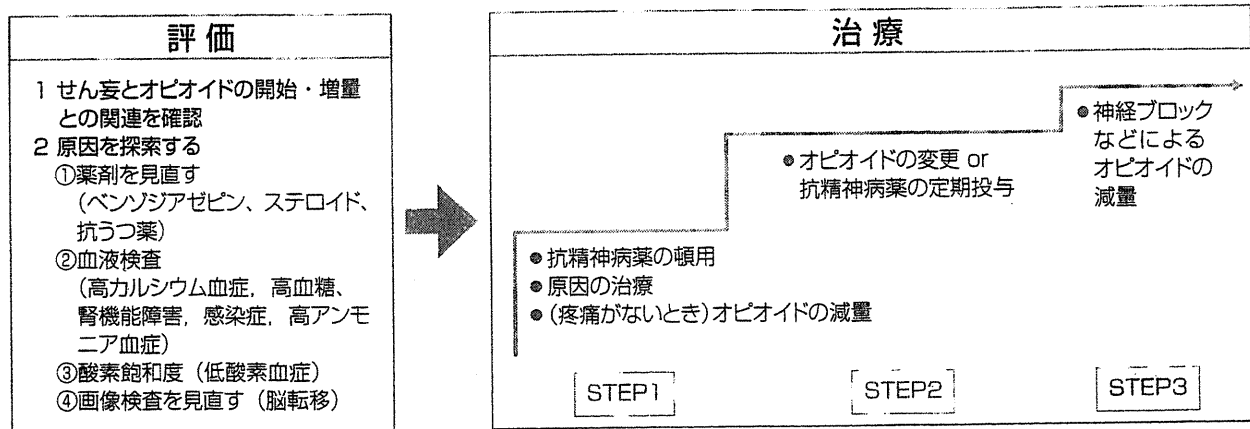


表1 せん妄の治療に使用される抗精神病薬

	T _{max}	半減期	せん妄に対する 使用量	特徴
セレンース® (ハロペリドール)	5.1	24	0.75~3 mg	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)	0.5~2 mg	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	25~100 mg	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	2.5~10 mg	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

早期に治療を開始する症状

モルヒネ大投与時に出現する症状

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。

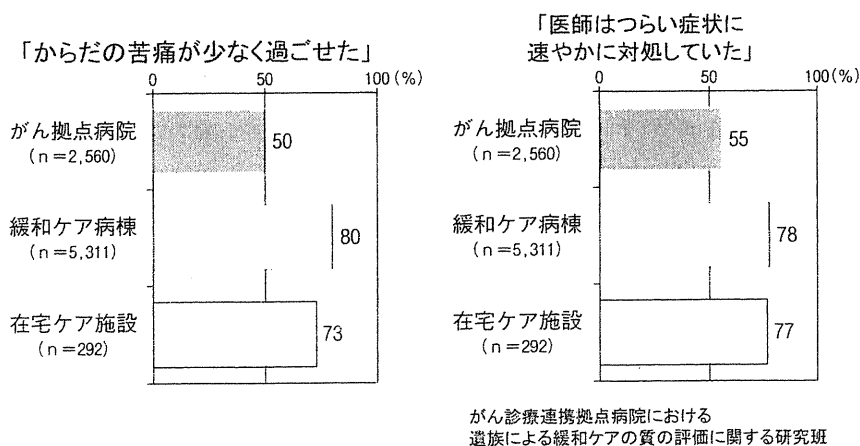


図1 がん患者の遺族による quality of life, 緩和ケアの質の評価

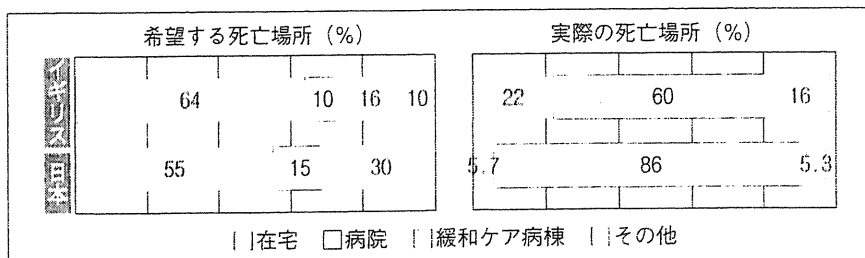


図2 がん患者の死亡場所