

## 精神腫瘍学クリニカルエッセンス

小川朝生・内富爾介 [編]

2012年11月27日第1版第1刷発行

発行人 山田 慎一  
発行所 社会福祉法人新樹会 創造出版  
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-37-4 長谷川ビル 2F  
電話 03-3299-7335/FAX 03-3299-7330  
印刷所 社会福祉法人新樹会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えます。

# 精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

[監修]

日本総合病院精神医学会がん対策委員会

[編纂]

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  
精神腫瘍学開発分野

内富 爾介  
岡山大学大学院医歯薬総合研究科  
精神神経病態学

がん患者で眠気に関する相談があった場合には少なくともA-Eについて評価を行うことが必要であろう。以下、特にオピオイドによる眠気を扱う。

介入

少し眠くてもできるかぎり痛みがないほうがよいという患者と、少し痛くてもよいから眠くないほうがよいという患者がいる。まずは眠気が不快かどうかですね、不快と感じる場合に介入する。

Check! 介入前にこれだけはチェック

- ① オピオイドの初回投与または増量時ではないか
② 現在の痛み(化学療法、放射線治療により痛みは軽減してないか)
③ 腎機能、肝機能(オピオイドの代謝への影響は)
④ 嘔吐薬の併用はあるか
⑤ NSAIDs またはアセトアミノフェンは併用されているか
⑥ 疼痛緩和はコントロールされているのに、突発痛が頻回という理由だけでベースのオピオイド量が増量されていないか

対応

上記チェック項目に対し、

- ① 眠気に対する耐性は早期に出現する。数日~1週間程度経過観察
② 痛みが軽減していればオピオイドを2~3割減量
③ オピオイド・ローテーション(投与経路の変更を含む)を考慮。脱水の場合には補液を考慮
④ 吐き気を認めない場合には中止
⑤ 併用によりオピオイドを減量できる可能性もある
⑥ オピオイドのベース量は増やさず、レスキュー対応のみで痛みがコントロールできる場合がある

薬物治療

前述したように、以前であればオピオイドによる眠気にはメレフェニデートを使用していた。現状で効果のある可能性がある薬剤としてはベモロンだが、推奨レベルは低い。

(木下寛也)

不穏は精神神経学的コンサルテーションにおいて、自殺企図とともに緊急の対応を要する病態である。不穏の原因としてはせん妄が多く、脱水と感染、薬物が原因として挙げられる。まれではあるが見落とせない病態としてアカシジアがある。

不穏に対してコンサルテーションを受けた場合、速やかに対応することが求められるが、患者からの協力を得られることは少なく、病歴や経過、既往歴がはっきりしない状況のまま、処置を開始しなければならないこともある。処置をしながら情報を速やかに集め、症状の重症度と原因、今後の見通しを担当医にフィードバックし、連携をとりつつ対応する。急激に精神症状が出現した場合は、家族の動揺も大きい。緩和ケアチームや病棟スタッフと連携して、家族の不安にも配慮をしながら並行して進めることが望ましい。

緊急の対応

1. コンサルテーションの依頼を受けて

- Do 精神症状を評価する
① その症状は不穏として対応してよいのか?
② せん妄なのか、認知症はないか、うつ病は除外できるのか、精神病の急性増悪はないか

Check!

- 意識レベルを評価する
① 見当識障害を確認する(時間、場所、人)
② 短期記憶障害の有無を確認する
③ 注意力障害の有無を確認する

意識レベルに問題がない場合には以下を評価する

- ① 適切な身体症状緩和は図れているのか。特に疼痛のコントロール不良は必ず確認する
② 見落とされていたうつ病はないか
③ アカシジアはないか

2. 主な不穏の原因と対応

Table with 4 columns: 特徴, せん妄, 認知症, アカシジア. Rows include 発症, 日内変動, 意識, 注意力, 見当識, 精神運動, 不穏運動, 原因, 精神神経学, 注意すべき点.

3. 病棟スタッフや家族から積極的に聞き出す

- 1) 臨床評価
不穏の原因検索を行う。
Do 速やかに確認すべき事項
① がんの治療状況: がん種、現在の治療内容、転移の有無、合併症を確認する
② 依頼を受けた直前の処方内容・服薬状況: 様々な薬剤が原因となりうる。向精神薬、オピオイド、鎮痛薬(NSAIDsを含む)、ステロイドの投薬の有無は必ず確認する
③ 全身状態: 体温、脈拍、血圧、呼吸数、酸素飽和度/胸部所見、腹部所見
④ 神経学的所見: 少なくとも、頸部硬直の有無、片麻痺の存在の有無、腱反射は調べる
⑤ 上下肢や顔面の間代性の動作がある場合には、てんかん重積状態を考慮
⑥ アルコール多飲歴がある場合には、アルコール離脱性振戦せん妄、ウェルニッケ脳症を考慮

Check! 不穏に対して確認すべき検査

- 一般換血
血液生化学
血糖値
BUN, Cr, Na, K, Ca
AST, ALT, γ-GTP, ChE, bil, NH<sub>3</sub>
胸部Xp
ECG

Advance 脳神経移・がん性髄膜炎、脳梗塞が疑われる場合:

造影CTまたは造影MRI

がん患者には凝固異常が高率で認められる。脳梗塞の発症がない  
が常に意識する  
がん性髄膜炎が疑われる場合は造影 MRI での確認を考える。頭  
液検査はメリットデメリットを判断してから考慮する

Advance 循環障害が疑われる場合：胸部 Xp, ECG, 心エコー

がんの随伴症状として凝固障害を伴うことがある。深部静脈血栓  
症、肺梗塞にも注意する

## 2) 対応

上記の検査の結果、疑われる原因に応じて対応を進める。担当  
医と原因と治療の方向性について相談をする。

せん妄が疑われる場合は、せん妄の可逆性の可能性を考慮しな  
がら対応する。

せん妄の場合、該致の要因が重なって生じていることがしばしば  
ある。脱水や電解質異常、薬剤など、速やかに対応できるものから  
対処していく

鎮静は、患者の行動が身体治療の妨げになる場合に限り、必要  
最小限行う。投薬は可能な限り経口で行う。投薬量は少量から行  
い、過鎮静に陥らないように注意する。

不眠で欲求を覚けた場合に、疼痛コントロールが不良の場合があ  
る（体動時痛が強く、臥床を強いられている場合）。精神症状を疑  
う前に、必ず疼痛が緩和されているかどうか確認する。不良の場合  
は必ず疼痛コントロールと並行して対応を進める

(小川朝生)

## 10 がん患者の自殺・自殺企図

わが国では、1998 年以降連続して自殺者が 3 万人を超え、一  
般病院入院患者における自殺事例が罹患していた身体疾患は、が  
んが最多であった。実際、がん医療の現場では、患者から「早く  
死んでしまいたい」「安楽死をさせてほしい」などの言葉が聞か  
れることは決してまれではない。

他科より「希死念慮」「自殺企図」といった理由で紹介になっ  
た場合、一般精神科臨床とは異なった点に着目する必要がある。  
特に進行・終末期のがん患者の場合には、せん妄の可能性を必ず  
チェックする。なぜなら他科の医療スタッフは、混乱した状態の  
患者の言葉や、実際には明確な自殺企図の意味をもたない、せん  
妄に基づく異常行動に敏感に反応することが多いためである。

一方、せん妄の結果として、転落、墜落などによる自殺既遂  
が実際にみられることもあるので、せん妄状態にある場合には、  
安全面に常に留意したい。

▷ 終末期の患者ではせん妄の可能性を必ずチェックしよう

## 頻度

がん患者の自殺率は概ね 0.2% 程度である。一般人口に比べて  
約 2 倍有意に高い。

▷ なかでも頭頸部がん患者の自殺率が高いことに留意する

自殺企図についての明確なデータはないが、数% 程度と予測さ  
れる。また、希死念慮は進行・終末期がん患者の 10～20% 程度  
にみられる。

\*自殺の定義を、デュルケームのように「死が、本人自身によってなさ  
れた積極的、消極的な行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、  
本人がその結果の生じようことを予知していた場合」とすると、せん妄  
による死は、自殺には含まれない可能性もあるが、本稿では広義の意味  
で自殺の原因にせん妄を含めることとする。

## 精神腫瘍学クリニカルエッセンス

小川朝生・内宮麻介 [編]

2012 年 11 月 27 日第 1 版第 1 刷発行

発行人 山田 禎一  
発行所 社会福祉法人新樹会 創造出版  
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-37-4 長谷川ビル 2F  
電話 03-3299-7335/FAX 03-3299-7330  
印刷所 社会福祉法人新樹会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えいたします。

# 精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

【監修】

日本総合病院精神医学会がん対策委員会

【編集】

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  
精神腫瘍学開発分野

内宮 爾介

岡山大学大学院医歯薬総合研究科  
精神神経病学

## せん妄

せん妄とその症状（特に妄想、幻視、精神運動興奮）は、患者のみならず家族、医療者に強い苦痛と負担を強いる。

がんという身体疾患があるからせん妄は治らない、治療する意味がないとの誤解が非常に多いが、予後が数日に迫っても、適切な対応をとることで半数は症状の改善を図ることができる。たとえ難治性のせん妄であっても妄想や行動障害には対処可能である。せん妄に伴う精神運動興奮や気分不安定さは、疼痛のコントロールが悪化したと誤解されることが多いが、その背景にあるせん妄を見落とさないことが大切である。

低活動性せん妄も患者に苦痛な体験を強いるので、危険行動がなくとも患者の苦痛の軽減を目的に、適切に対応する。

Don't「対応が困難」なせん妄と「難治性」のせん妄は異なる。「対応が困難」だからとむやみに鎮静をかけない

### ⑧ 主な原因と改善の可能性

**ポイント** 治療反応性がよいせん妄と難治性のせん妄を区別する

原因	治療
治療反応性がよい 単一の原因	原因治療＋抗精神病薬
感染症	抗生物質、ドレナージ
脱水	補液
高カルシウム血症	ビスホスホネート製剤、補液
薬剤：(オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗コリン薬、ステロイド)	原因薬剤の中止・調整、オピオイド・ローテーション
難治性	症状緩和＋抗精神病薬
原因が複数	
肝機能障害	
肺転移による低酸素血症	

### 分類

1) 過活動型、2) 低活動型、3) 混合型に分類される。

### 診断

DSM-IVの診断基準が標準であるが、一般病棟でせん妄を認知してもらうにはCAMのほうが実践的といえる。

ABは必須項目。これに加えてCまたはDのいずれかを満たせばせん妄状態と判断する。

Confusion Assessment Method (CAM)

- A 急性発症と症状の助屈
- B 注意力の欠如
- C 思考の乱れ
- D 意識レベルの変化

### ⑨ 評価と対応の方針

せん妄の鑑別診断は莫大である。それにもかかわらず、患者の注意力が障害されているために、十分な病歴聴取や身体所見が得られないことがしばしばある。上記の問題に対応するために、系統立てた鑑別・検査を行う。

系統立てた病歴の聴取・列挙

- ① せん妄を生じうる原因は何か
- ② がん治療がどの段階にあるのか
- ③ 病歴から関係する症状が得られるか
- ④ 病歴から考えられる鑑別診断には何が挙げられるか
- ⑤ どのような処置・治療・投薬が症状に関係しているのか
- ⑥ 診察では症状が存在するのか
- ⑦ 鑑別を進めるためにどの検査が効率的であるか、検査から得られる情報と患者の負担を秤にかけて、患者にとって利益があるのか
- ⑧ 診断を確定する前に、どのような処置が必要か

評価

1. 誘因

- 1) 高齢：70歳以上で約30%が入院中にせん妄を呈する
- 2) 認知症、せん妄の既往
- 3) 脳梗塞の既往
- 4) 薬剤：内服薬について、せん妄症状出現前後の変更を含めて調べる
- 5) アルコール摂取
- 6) 臓器障害：呼吸器障害、循環障害、腎機能障害、肝機能障害
- 7) 視覚障害：白内障、眼鏡を忘れた
- 8) 聴覚障害：難聴、補聴器を忘れた

2. がんに関連する病歴

- ① がん種
- ② 病期：stage、転移の有無
- ③ 治療の経過：積極的抗がん治療中、抗がん治療中止後
- ④ 受診前の薬剤開始・増量の確認（オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗コリン薬、ステロイド）

3. 入院中の経過

- ① 頸頸部がん、食道がんの場合、アルコール関連障害の合併が多い。飲酒歴の確認が必要
- ② オピオイドは、増量した直後が、変更したかどうか、連続してレスキューを使用したかどうかを確認する

- ① 入院時の精神症状
- ② 薬剤：投薬量・内容
- ③ 経過
- ④ 臓器の有無
- ⑤ バイタルサイン
- ⑥ 食事量・水分摂取量（輸液量）
- ⑦ 排泄量
- ⑧ 点滴、カテーテルの留置日数

4. 症状の評価

- 1 入院時の説明の理解の程度を確認する
  - 2 脱水の有無を皮膚の緊張度、尿で確認する
- 疼痛の合併、離脱症状の有無を判断するため、自律神経症状に注意。低活動性せん妄は行動障害が少ないため、見落とされがちである。

- ① せん妄の発症時期
- ② 経過：急性か慢性か
- ③ 日内変動：一般に夜間に増悪する
- ④ 現在の意識レベル
- ⑤ 症状の動揺
- ⑥ 幻覚・妄想
- ⑦ 振戦、頻脈、発汗
- ⑧ 発熱
- ⑨ せん妄のサブタイプを判断：過活動型、低活動型、混合型

5. 身体所見

せん妄が重度の場合、疼痛の有無を問診で確認することは難しい。苦悶用の表情がないか、特定の体位ばかりとっていないかなどの客観的な観察、血圧や脈拍など自律神経症状を積極的に調べる。

- ① 全身状態
- ② バイタルサイン：発熱、呼吸数、頻脈、徐脈、低血圧
- ③ 呼吸：呼吸数、喘鳴、喀痰の有無、酸素飽和度
- ④ 循環：脈の不整
- ⑤ 皮膚：紫斑度低下、褥瘡、黄疸、斑状出血、発疹
- ⑥ 腹部：膨満、腸雑音、打診、圧痛
- ⑦ 四肢：チアノーゼ、浮腫
- ⑧ 疼痛の有無、場所、性状、強度
- ⑨ 便秘、尿閉の有無
- ⑩ 悪心、嘔吐の有無
- ⑪ 呼吸困難感の自覚
- ⑫ 神経学的所見：高次機能  
中枢神経：構音障害、眼振、眼球運動障害  
運動感覚障害：麻痺、脱力、しびれ  
協調運動：失調

6. 検査

脱水、高カルシウム血症は治療可能な代表的な原因である。見落とさないようにする。

- 血尿と白血球分類 貧血、脱水、炎症反応の確認
- 生化学 CRP、電解質（Na、K、Ca）、血糖、肝機能、腎機能

Advance

- 1 頭頸部がん、食道がんの場合は、ウェルニック脳症も鑑別に入れる
- 2 胃がん術後の場合、食事摂取量が低下しており、まれにビタミンB群欠乏がある

胸部 Xp

- 胸部 CT、頭部 MRI

- 肺炎の合併、脱水の有無、がん性リンパ管症、無気胸に注意する
- 頭部画像検査では、脳転移や髄膜炎、水頭症の有無に注意する

7. 時に考慮される検査

- 1) 腰椎穿刺：患者のリスクとベネフィットを考慮して施行するか判断する。
- 2) NH、血中濃度：肝性脳症
- 3) 脳波：てんかん発作など他の意識障害との鑑別が必要な場合
- 4) 凝固系検査：DIC
- 5) 血清浸透圧、ADH：SIADH
- 6) 自己抗体：脳症随伴症候群

意思決定能力の評価

ここでいう意思決定能力は、担当医や医療チームが行う説明を患者が理解できるか、判断できるか、コミュニケーションの障害の有無を判断することであり、法的能力とは別である。判断には一定の基準はあるものの、確立した法的判断基準があるわけではない。

るわけではない。患者の利益を第一に考えて、患者の意向をふまえて個別に対応する。判断に至る過程を診療録に記載し、くり返し評価する必要がある

- ① 説明 患者が医学的な診断や治療の内容、治療の選択肢について説明された内容を理解できるかどうか
- ② 認識 疾患や治療について理解したことを自分の状況にあてはめて考えることができるかどうか
- ③ 論理的思考 治療に関する情報や自分の希望を論理的方法で処理できるかどうか
- ④ 選択を表明する能力 選択した内容を伝えられる能力があるかどうか (Appelbaum P, 1998)

対応

- せん妄の総合的な管理
- 1. 原因の同定とその治療
- 2. 症状管理：薬物療法
- 3. 症状管理：環境調整
- 4. 家族支援・教育
- 5. 担当医・病棟スタッフへの支援・教育

- 1. 原因の同定と治療
- 可逆的な原因を痛みに同定し、対処する。回復の可能性が高い原因を見落とさない。

- 回復の可能性が高いせん妄の原因
- 脱水、高カルシウム血症 薬剤（オピオイド、向精神薬） 感染

- ① 経口モルヒネ 90mg/日を超えると、せん妄のリスクが有意に高くなる
- ② オピオイドによるせん妄の場合、同時に脱水による代謝産物の蓄積が蓄積することが多い。水分補給を同時に行う

2. 症状管理：薬物療法

大半の場合、薬物療法による管理が必要である。抗精神病薬単剤少量から始め、治療効果を見ながら漸増する。

Point

- ・ベンゾジアゼピン系単剤は用いない（治療効果がない）
- ・パーキンソン病治療薬は併用しない（特に、抗コリン薬は避ける）
- ・多剤併用をしない（ノバミン®に注意）

※従来、せん妄に対する抗精神病薬の使用は、保険適応外となり、保険審査上査定の対象であった。2011年9月28日付「医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取り扱いについて」（厚生労働省保険局医療課発）があり、ハロペリドール、リスベリドン、ペロスピロン、クエチアピンに関しては、「器質的病態に伴うせん妄、精神運動興奮、易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認めるとの通告が出た。

1) 内服可能な場合

a 定型抗精神病薬

ハロペリドール（セレネース®）（1.5mg）

1錠 分1 睡前（☆☆☆）

- ・0.5-2mg から開始、効果不十分の場合には同等量をくり返し追加、必要量を決定し、翌日の投薬量を決定する
- ・錐体外路症状の発現頻度が高いことから、内服可能な場合は、非定型抗精神病薬を第一選択にする機会が多くなっている

b 非定型抗精神病薬

リスベリドン（リスバダール®）内用液

1mg（1ml）分1 睡前（☆☆☆）

- ・0.5-2mg から開始する。維持量は0.5-4mg。夕方以降に投薬をまとめることが多い
- ・除機能薬投薬時の投薬は減量する（活性代謝産物が腎排泄である）

オランザピン（ジブレキサ®） 2.5mg

1錠 分1 睡前（☆☆☆）

- ・2.5-5mg から開始。維持量は2.5-20mg
- ・夕方以降に投薬をまとめることが多い
- ・口腔内崩壊錠があり、嚥下が難しい場合でも投薬が可能である
- ・錐体外路症状が少ないこと、難治性嘔吐に有効との報告がある
- ・糖尿病に注意

クエチアピン（セロクエル®） 25mg

1錠 分1 睡前（☆☆☆）

- ・25-50mg から開始。維持量は12.5-200mg
- ・夕方以降に投薬をまとめることが多い
- ・鎮静作用が比較的強い
- ・半減期が短く（3-6時間）残りにくい
- ・せん妄のリスクの高い不眠に用いられる場合がある。（特に高齢者の不眠）
- ・糖尿病に注意

アリピプラゾール（エビリファイ®） 6mg

1錠 分1 夕

- ・鎮静作用がほとんどなく、低活動性せん妄を中心に処方される
- ・アカンジアに注意が必要

2) 内服が困難な場合

消化管閉塞や悪心、嘔吐など経口が困難な場合、興奮が著しい場合にやむを得ず非経口投薬を考える。ブチロフェノン系抗精神病薬が基本である。

ハロペリドール（セレネース®）1A（5mg） + 生食 50ml

1日1回 寝る前 点滴静注 30分から1時間かけて

ハロペリドール（セレネース®）0.5A

1日1回 寝る前 皮下注

- ・循環器病を合併する場合、ハロペリドールを高用量で用いる場合は、不整脈に注意して施行する
- ・患者への負担を考慮して皮下注を用いることがある。血中濃度の立ち上がりは筋注と同等といわれ、あえて筋注を選択するメリットはない

- 抗精神病薬単剤で精神運動興奮が治まらない場合、睡眠覚醒リズムが回復しない場合、ベンゾジアゼピン系薬剤を併用する

ハロペリドール（セレネース®）1A（5mg） + （保険適応外）  
フルニトラゼパム（ロヒプノール®）0.5-1A（1-2mg） + 生食 100ml

1日1回 寝る前 点滴静注 1-2時間かけて

ハロペリドール（セレネース®）1A（5mg） + （保険適応外）  
ミダゾラム（ドルミカム®）1A（10mg） + 生食 100ml

1日1回 寝る前 点滴静注 5時間かけて

- ・せん妄の遷延を予防するために必要最小限用いる
- ・呼吸抑制に注意する

- 興奮が著しく他の方法がない場合、やむを得ずフェノチアジン系抗精神病薬を用いることがある

クロルプロマジン（コントミン®）1A（10mg） + （保険適応外）  
生食 100ml

1日1回 寝る前 点滴静注 1時間以上かけて

- ・少量から開始し漸増する
- ・血圧の変動に注意する
- ・抗コリン作用がありせん妄の増悪を招くことがある。くり返し症状評価を行い、改善が乏しい場合には他剤を考慮する

- 経静脈路を確保することが困難な場合は持続皮下注を用いる

ハロペリドール（セレネース®）2A（10mg） + （保険適応外）  
ミダゾラム（ドルミカム®）2A（20mg） + 生食 4ml（計 10ml）  
0.5ml/時で持続皮下注

1時間毎早送りして開始（21時から6時まで）  
せん妄悪化時 1時間毎早送り 1時間あけてくり返し可能

3) 低活動性せん妄への対応

Point 自覚性が低下している病態をうつ病と間違えない

基本は高力価の抗精神病薬での対応だが、治療反応性は既して低い。その場合に、エビデンスとして確立していないが、経験的にガラントミン（レミニール®）、リバスチグミン（イクセロンパッチ®）、ペモリン（ベタナミン®）やドネペジル（アリセプト®）を用いることがある。

ペモリン（ベタナミン®）（10mg）1錠 （保険適応外）  
分1 朝食後

3. 症状管理：環境調整

- ・注意力・見当識を支持するような調整を行う。
- ・せん妄の認識は既して低い。具体的な対応方法をチームで協議して試みる。

- ① 睡眠覚醒リズムの回復：睡眠の確保、日中の覚醒を促す
- ② 見当識低下への支援：時計やカレンダーを置く  
眼鏡、補聴器を使う
- ③ 適度な明るさを保つ
- ④ コミュニケーションや動きかけはゆっくりと穏やかに
- ⑤ 安全への配慮：ルートが見えないようにする  
24時間の持続点滴を避け日中のみにする  
持続皮下注にする

Don\* むやみに身体抑制をしない

身体抑制は抑制自体が患者や家族の苦痛の原因になる。重大な事故の危険性が高い。救命のためにやむを得ない場合のような、絶対に必要な場合以外は安易に用いない

4. 家族支援・教育

せん妄に対する家族の誤解が多い。特に、痛みの訴えが限じると、適切な治療を受けていないのではないかの疑いが生じ、担当医との信頼関係が損なわれる危険がある。

家族の心配の例

- 不安に耐えられなくなっておかしくなったのではないのか
- 痛みが取れないから怒っているのではないのか
- モルヒネのせいでおかしくさせられたのではないのか
- 病院に無理矢理入れられたと怒っているのではないのか

Do

- 1 家族にせん妄とその原因、治療について説明し、家族の不安を解く。特に精神病や認知症になったのではないこと
- 2 家族の苦勞をねぎらい、休養を勧める。介護を抱え込みすぎているのか、疲弊していないか確認する
- 3 家族の積極的な関わりを促し、関わり方に関する不安を解くことも大切である。側に親しい人がいるだけでも患者が安心すること、幻視や妄想に無理に合わせなくてよいこと

薬師への説明例

【脱水によるせん妄の説明】

・今のようにつじつまの合わないような話をされたり、見えてもいないようなものが見えているような状態をせん妄と習います。これは熱が当たり水分が足りないといった体の状態をきっかけに、脳機能がうまく働かなくなった状態です。ぼーっとしてうつらうつらしたり、夜になると混乱して落ちつかなかったりします。夢と現実が混ざったような夢うつつのような状態です

・これは体の療状の一つであり、果ててしまったとか精神病になったわけはありません。「こころのもち方」とか「気が弱いから」出してしまう症状でもありません。あくまでも体の病状からきているのです

・治療のために入院されている方の場合、2割から3割くらいの方が、この症状で困ったり、悩んだりされます。決してまれなことではありません

【対応に関する説明】

- ・ご家族の方もお疲れではないでしょうか。無理をせず休んでください。心配なことがありましたら、遠慮なくおっしゃってください
- ・まわりの様子がわからないために、不安になったり混乱されたりすることがありますが、慣れ親しんだものは、混乱したなかでもしっかりとわかります。身近なご家族が側にいられるだけでも安心されます
- ・つじつまの合わないことを話しかけられたりすることもあるかもしれませんが、そのときは無理に正したり、話を合わせる必要はありません
- ・側にいて何をしたいかわからないとお困りになることがあるかもしれませんが、普段通りに声をかけていただき、足をさすったりしてくださるだけでも患者さんは安心されます

【オピオイドの使用に家族が不安を感じている場合】

・がんで治療中の患者さんの場合、せん妄はいくつかの体調不良が含まれて出てくることが多いです。「麻薬」のせいだけではありません。オピオイドを減らすと痛みが出てきてしまい、かえって悪くなることがありますので、このまま使用しながら、治療を進めていきましょう。どうしても合わない場合は種類を変えることで、痛みを出さずに対応することができます

【治療の説明】

- ・体に負担がかかって出てきた症状ですので、体の治療を進めながら夜にしっかりと休んでいただけるように併せて進めていきます
- ・せん妄の症状は脳の機能不全から起きていますので、脳の伝達物質やホルモンの乱れを調整したり、神経を保護する薬を使って治療を進めていきます。治療を進めることで、患者さんのつらさを和らげることができます

・薬による治療を進めるにあたり、副作用はできるだけ出ないように少しずつ慎重に調整をしていきます。しかし、薬の効き方には個人差がありますので、時に効きすぎて眠気が出てしまうことがあります。その場合には、すぐに薬の量を減らしたり、他の薬に切り替えることもします

5. 担当医・病棟スタッフへの支援・教育

情報を担当医・病棟スタッフと共有し、チームでの支援体制を築く（緩和ケアチーム、精神科医だけで抱えこまない）。

チーム医療での情報の共有
① せん妄の原因は何か
② 治療反応性はよいのか
③ 治療の方向性：抗がん治療を続けるのか、緩和ケアへの移行を考えるのか
④ 療養場所：入院を続けるのか、外来に移すのか、在宅医に紹介するの
⑤ 患者を悩ませているものは何か
⑥ 家族は疲弊していないか：介護に参加できる家族がいるのか
⑦ 患者、家族の希望は何か
⑧ 医療チームが困っていることは何か
⑨ 目標の設定：治療の完遂か、退院か、在宅への移行か、緩和ケア病棟への転移か

【見直し】

- 1 チームでの管理体制（勤務時間外の対応を含めて）を構築する
- 2 担当医に具体的な見直し（設定でもよいので、いつ頃までに改善が望めるのか）を明確に伝える
- 3 担当スタッフにせん妄の症状、観察ポイント、対応について具体的に伝える
- 4 薬物療法以外の目的、内容、評価方法、起こりうる有害事象に関する情報を共有する。一般病棟では抗精神薬に関する経験が少ない。抗精神薬は睡眠導入薬と異なること、眠らせるために使っているのではないこと、薬効が見れば見当識や注意力が回復してくることを説明する

薬師への説明例（薬歴を伝える）

【脱水によるせん妄】

脱水を主因とするせん妄です。睡眠覚醒リズムの障害、注意力の障害がありますので、補液と同時に抗精神薬を用いた薬物療法を進めていきます。詳しくは毎日の状況を評価してからになりますがおそらく脱水が改善し睡眠リズムが戻れば、3日後頃には興奮も落ちつき、簡単なコミュニケーションもとれるようになるかと考えています

病棟スタッフへの説明例

【せん妄の説明】

- ・〇〇さんの症状（夕方から落ちつなくなり、興奮したり、ナーズコールを連打）ですが、背景にはせん妄が疑われます。せん妄が生じると十分に注意力が働かなくなります。そのため、周囲の患者がつかめず不安が増したり、あるいは不安や困ったことが生じたとしても、助けを求めたりする考えが薄かなくなり、まとまらず行動がとれなくなります
- ・注意が弱くないために、考えをまとめたり後取りをつけることは苦手になります。脳の機能不全の状態ですので、くり返し説明しても、理解することは今の段階では難しいです

【症状への対応】

- ・せん妄の本体は脳の機能不全による認知障害です。認知障害を改善する目的で抗精神薬を用います（強がせるためではありません）
- ・抗精神薬は睡眠薬ではありません。興奮が強くなった場合はいつでも追加して使用できます。朝方でも問題ありません

【見直しの説明例】

- ・〇〇さんの症状ですが、脱水と感染を原因とするせん妄と判断します。本日夕方よりリズパゲール内服液を開始します。治療効果が出てくると、睡眠リズムが回復するとともに、注意力も回復し、会話の内容も理解できるようになります。おおよその目安として、3日後には睡眠リズムの回復、1週間後をめぐりに注意力の回復を目指しています。ただし、毎日の様子を見ながら時期を見極め、修正します
- ・せん妄の回復とともに、疼痛を自覚すると予想されます。会話が困難なため自覚症状の評価は難しいので、表情や体動など客観的な症状評価も積極的に進めてください

・注意力が回復しましたら、治療状況も判断できるかと存じます。病状説明と今後の治療方針についての面談ですが、説明には可能かと存じます。ただし、せん妄症状は日内変動があります。治療力が安定する午前中のほうが確実です

せん妄の指示例

- 投薬
    - /○より下記の投薬を開始
    - 1) リスパダール内服液 1ml 分 1 嚥前
  - せん妄発症時（会話のまとまりがないとき、幻視を訴えるとき）
    - 1) リスパダール内服液 1ml 追加内服
    - 1 時間後再評価。改善なければ再度実施
    - 2) 興奮が強く内服が困難な場合
    - セレンース 0.5A 皮下注
  - せん妄症状評価のため、夜間の睡眠状況（入眠の時間・状況、中途覚醒の有無、起床時間・状況）の観察をお願いします。
  - 緊急時
    - 興奮が著しい場合、疼痛が出現した場合
    - 緩和ケアチーム ○○までコール（PHS：○○○）
    - 症状を評価して、精神科医××に連絡して対応します。
- △△病院 緩和ケアチーム

非常勤勤務の場合のポイント

一般病棟のスタッフは、せん妄状態の患者を「患者のなかで何が起きているのかわからない」不安を抱えながらケアをしている。地道にはあるが、せん妄の症状評価、観察ポイントがわかるチームメンバーを育てていくことが大切である。

- せん妄の病態や症状、起こりうる事態（振倒、点滴抜去、面談が理解できない）、をスタッフと相談しながら挙げていき、その場合の対応方法を定める
- 常勤スタッフで対応できないような緊急の事態に対応する体制を決めておく
- 緊急の連絡先を示す

終末期せん妄

せん妄のなかには背景因子が重篤であったり、複数の因子が関係しているために、不可逆的な状況を呈する場合があり、多くは死の過程に重なる面がある。このような状態を総称して終末期せん妄と呼ぶ。

- 一般的に、
- 原因に対する直接的な対応を実施
  - 不可逆的な病態に移行（肝不全、腎不全など）
  - 標準的な抗精神病薬による治療に反応しない
- 段階と判断される場合、終末期せん妄と考える

終末期せん妄であっても、妄想や幻覚は患者にとり苦痛を伴う体験であり、適切な対応が必要である。しかし、薬物療法を実施すると、抗精神病薬の薬効よりも鎮静作用が前面に出てしまい、かえって家族とのコミュニケーションを阻害する場合がある。

- 終末期せん妄をめぐるポイント
- どの時点で終末期せん妄と判断し、積極的な治療から症状緩和に切り替えるのか
  - 適切なケアは何かを認識する

- 終末期せん妄に対して求められるケア
- 不可逆的となりうることに對して、あらかじめ見通しを立て、家族に伝える
  - コミュニケーションがとりづらくなる前に別れの準備を進める
  - 患者の意向に沿った症状緩和を行う
  - 家族と医療者が目標を共有する
  - 家族の負担に配慮する
  - 適切なケアが実施されているか否か、多職種の見点でくり返し見直す

参考文献

- Boettger S: Delirium. Psychosomatic Medicine (eds. Blumenfeld M, Strane JJ) . pp.493-512. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
- 薬物療法検討小委員会編：せん妄の治療指針・日本総合病院精神医学会治療指針 1. 葦和書店、東京、2005. (小川朝生)

厚生労働省の人口統計によると、2010年に日本は高齢化率が23.0%（65歳以上の人口比率）となり超高齢化社会を迎えるに至った（アメリカは13.1%、イギリスは16.6%）。

がんも認知症も老化そのものが発症に関係し、がん罹患患者が増えているのは、高齢者人口が増加していることを反映している。また、抗がん治療の進歩により、80代のがん患者に治療を行う例もまれではなく、今後も増加すると見込まれる。当然、認知症を合併したがん患者も増加すると予想されるが、認知症を合併しているから治療の適応がなくなることではなく、個々の患者に合わせた適切な治療を提供する必要が高まる。

認知症は、高齢者の合併疾患の一つとして重要である。認知症自体がセルフケアの障害を通してリスク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が必要となったり、運動力の低下から社会的機能不全を呈することもある。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する。

また、高齢者のがんは若年者に比べて進行がゆるやかであるといわれるが、実際は、加齢に伴う合併症によるがん死以外の死亡の割合が少なくない。高齢者の治療を実施するにあたっては、がんの診断のみならず、身体機能評価、精神機能評価、社会的機能評価をふまえた判断が必要である。

疫学

高齢化に伴い認知症患者も増加し、2010年でおおよそ200万人が認知症に罹患していると見込まれている。

年齢別の罹患率

65歳:1.5%、70歳:約4%、75歳:約7%、80歳:約15%。

分類

四大認知症について表1に示す。



---

## 精神腫瘍学クリニカルエッセンス

小川朝生・内富庸介 [編]

2012年11月27日第1版第1刷発行

発行人 山田慎一  
発行所 社会福祉法人新樹会 創造出版  
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-37-4 長谷川ビル2F  
電話 03-3299-7335/FAX 03-3299-7330  
印刷所 社会福祉法人新樹会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えます。

---

# 精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

【監修】  
日本総合病院精神医学会がん対策委員会

【編集】  
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  
精神腫瘍学開発分野

内富 庸介  
岡山大学大学院医歯薬総合研究科  
精神神経病理学

参考文献

- 1) Boettger S: Delirium. Psychosomatic Medicine (eds. E. M. J. Strane JJ), pp.493-512. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
- 2) 薬物療法検討小委員会編: せん妄の治療指針・日本総合病院精神医学会治療指針1. 墨和書店, 東京, 2005. (小川朝生)

せん妄

厚生労働省の人口統計によると、2010年に日本は高齢化率が23.0% (65歳以上の人口比率) となり超高齢化社会を迎えるに至った (アメリカは13.1%, イギリスは16.6%)。

がんも認知症も老化そのものが発症に關係し、がん罹患者が増えているのは、高齢者人口が増加していることを反映している。また、抗がん治療の進歩により、80代のがん患者に治療を行う例もまれではなく、今後増加すると見積られる。当然、認知症を合併したがん患者も増加すると予想されるが、認知症を合併しているから治療の適応がなくなるということではなく、個々の患者に合わせた適切な治療を提供する必要が高まる。

認知症は、高齢者の合併疾患の一つとして重要である。認知症自体がセルフケアの障害を通してリスク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が必要となったり、適応力の低下から社会的機能不全を呈することもある。介護の負担から家族の精神的健康にも影響する。

また、高齢者のがんは若年者に比べて進行がゆるやかであるといわれるが、実際は、加齢に伴う合併症によるがん死以外の死亡の割合が少なくない。高齢者の治療を実施するにあたっては、がんの診断のみならず、身体機能評価、精神機能評価、社会的機能評価をふまえた判断が必要である。

疫学

高齢化に伴い認知症患者も増加し、2010年でおよそ200万人が認知症に罹患していると見積られている。

年齢別の罹患率

65歳:1.5%, 70歳:約4%, 75歳:約7%, 80歳:約15%。

分類

四大認知症について表1に示す。

表1 認知症の病型

発症のメカニズム	障害部位	中核症状	周辺症状	ケアのポイント
アルツハイマー病	アミロイドβ蛋白の脳内沈着が原因となっており、神経細胞の死にいたる	記憶障害: 最近の出来事が思い出せない、思い出せない、忘れたことと自分で気づくことが難しい 現実認識障害: 時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は墓と夜を間違え、夜中に雨を掛けたりすることで気づかれる。次第に道に迷うようになる 実行機能障害: 物事の取り組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・洗く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	抑うつ、意欲の低下: 実行機能の低下に伴って、作業の負荷が大きくなるなどの環境要因と神経細胞の脱落という器質的な要素から起こる 妄想: 物忘れ妄想が多い (物をどこかにしまった、しまった場所がわからなくなる。そうすると、身近な介護者が盗んだと誹謗して責める) 徘徊 失禁	認知症の進行を遅らせる薬 (ドネペジルの使用) 周辺症状 (意欲の低下、妄想、徘徊、失禁) などの行動障害が出現するメカニズムを発見し、その対応をする
血管性認知症	脳血管障害に関連して出現した認知症を総称する	興奮・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる 情動の変動: 気分の変化 (怒りっぽくなる、ちょっとしたことで泣く) が生じやすい 覚醒レベルの変動: 1日や数日のなかで覚醒レベルの変動があり、せん妄を生じやすい 記憶障害: 最近の出来事が思い出せない、思い出せない、忘れたことと自分で気づくことが難しい 実行機能障害: 物事の取り組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・洗く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	意欲の低下、抑うつ: 興奮・出血に関連した脳機能の低下 人格の劣化: 人格の特徴がより強く出てくる。慎重な性格が瞬間で途切の利かたい性格に、マイペースな性格が自己中心的な性格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	興奮・出血に関連した神経状態への対応 (薬下血腫、片麻痺など) 安定した環境の提供 せん妄の予防と対応
レビー小体病	αシヌクレインが蓄積した状態 (幻視) から始まり、次第に神経細胞死を誘導する	覚醒レベルの変動: 1日のなかで覚醒レベルの変動があり、注意力の障害が出る。せん妄を生じやすい 幻視: 鮮明でありありとした幻視が出やすい パーキンソン症状: 前傾姿勢やすり足歩行、姿勢反射障害、嚥下などが出やすい 抗精神病薬への過敏性: 少量でもパーキンソン症状や過鎮静が生じやすい	抑うつ・不安: 病初期には記憶障害や幻視に先行して、意欲の低下や抑うつ気分、不安焦燥感で受診する場合がある パーキンソン症状: 突進歩行、転倒	抑うつ・不安に対しては、環境調整や薬物療法を行う 幻視に対しては、塩酸ドネペジルを使用する せん妄に対しては、パーキンソン症状の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭葉型変性症	3リピータウの蓄積が関係	衝動行動: 同じ行動を日課のようにくり返す 抑制制: 欲求のコントロールが難しくなり、周囲への配慮に欠ける行動が増える 注意力障害: 注意の転移性亢進、集中維持が難しくなる。ちょっとした周囲の刺激に反応してしまい、作業を続けることが難しくなる	衝動性の亢進: 外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉を使う (オウム返し) などの症状がある 自覚性の低下: 感情の平板化: 進行すると無関心が目立ち始め、最終的には意欲も低下する	衝動行動による時刻表のない生活をうまく利用する。外界からの刺激を少なくするように調整して、同じ時間と同じ職員が同じ対応をとれるようにする

診断

DSM-IV-TR による。

- 認知症の診断基準
- ① 記憶障害
  - ② 以下の認知障害の1つ
    - a) 失語 b) 失行 c) 失認 d) 実行機能
  - ③ 上の認知欠損が、社会的または職業的機能の著しい障害をひきおこしている。病前の機能水準からの著しい低下がある

精神腫瘍学における問題点

がん罹患部位によるが、認知症の合併により、非合併に比べ死亡率が上昇する。上昇の理由は、がんとそれ以外の要因両者と関連するが、がん死以外の要因の寄与が大きい。

- ① 認知症はせん妄、抑うつリスク因子である
- ② 意思決定能力の有無が問題になる

評価

治療中に認知障害を疑う症状がある場合に、以下の3項目を評価する。

- ① 精神症状・神経症状の評価、神経心理学的検査
- ② 安全性の評価
- ③ 意思決定能力の評価

Advance: 認知症を合併した患者の場合、がんの診断時期にすでにstageが進んでいる場合や、病期の評価が不可能な場合が多い

認知症: 精神症状では、せん妄、抑うつ状態がないか必ず評価する。多発脳転移の場合、精神運動速度の低下などいわゆる皮質下性認知症と同様の症状が進行していることもまれではない

- Attention:** 抗がん治療が考慮・実施されている場合、安全性の評価は重要である。特に、外来の場において以下の問題がある
- ① 経口抗がん剤の服薬を間違える
  - ② 化学療法に伴うセルフケアができない
  - ③ 治療方針が理解できない、決定できない
  - ④ オピオイドの内服を間違える

意思決定能力の評価

認知症で問題になるのは、インフォームド・コンセントに臨む際に意思決定能力があるか否かであり、治療を行う際にセルフケア能力を評価する。表2を参考に、意思決定能力の有無を判断する(意思決定能力の評価については「うつ病」の節も参照されたい)。

表2 具体的な確認事項

疾患についての理解	診断、疾患の特徴、経過について、患者の理解の度を確認する
疾患についての認識	説明した疾患の内容が、自分自身に関連していることと認識しているか否かを確認する
治療とその危険性・苦痛についての理解	治療の名前、治療の特徴を理解しているか確認する 利点・危険性の理解
治療についての認識	治療について患者がどのように考えているか確認する
代替治療	選択と理由づけ 名称、特徴、利点、危険性
論理的思考	結果の推測 患者の希望を確認する 最終的な選択 影響についての理解を確認する 論理的な一貫性

認知障害が以下の因子と関連するが評価する  
可逆性の高い認知障害を見逃さない

治療可能な認知障害をひきおこす病態

- 1. がん (脳転移、がん性髄膜炎、腫瘍随伴症候群)
- 2. 治療 (全脳照射、甲状腺全摘など)
- 3. 薬物療法 (向精神薬、抗コリン薬、オピオイド)
- 4. 医学的原因
- 5. 離脱症候群
- 6. 疼痛その他の身体症状

【評価項目】

- ① 神経心理学検査: MMSE (Mini Mental State Examination)、FAB (Frontal Assessment Battery at bedside) など
- ② 脳画像検査: 頭部MRI (造影)、頭部CT (造影)
- ③ 血液生化学検査: 貧血、アルブミン、ビタミンB<sub>12</sub>、葉酸、甲状腺ホルモン関連 (TSH, FT3, FT4)
- ④ 生理学検査: 必要性を判断し脳波検査

Advance Chemobrain

抗がん治療の進歩により、長期生存率が増加するとともに、抗がん治療自体により認知機能障害を来たすのではないかの議論がある。特にアメリカで、乳がん患者の生存率を中心に、「集中できない」「頭がぼーっとして考えがまとまらない」などの訴えが出されるようになり、抗腫瘍薬の使用との関連性が議論されている。実行機能障害や空間認知能力の障害などが認められるとの報告もあれば、脳血液関門があるために中枢神経障害はないとの主張もあり、まとまった見解はまだ得られていない

対応

- 1. 可逆的な因子があれば、積極的に対応を進める。
- 2. 適切なサポート (家族、介護保険) があるか確認する。
- 3. インフォームド・コンセントに支障がある場合には、担当医に伝えて対応を相談する。保護者に情報を伝え、対応を相談する。適宜病院と関係のある法律家に相談をする。
- 4. 症状管理を行う。意思決定能力を伸ばす働きかけを行う。
  - a) 薬物療法: 認知改善薬、ドネペジル (アリセプト®)、ガランタミン (レミニール®)、リバスチグミン (イクセロンパッチ®)、抗NMDA受容体阻害薬など  
行動障害に対して、抗うつ薬、抗精神病薬を併用する。使用する際には、抗がん治療との相互作用に注意し、併用するメリットがあるか否かを常に判断する。
  - b) サポート体制を構築する。
  - c) 介護者への支援・教育を行う。特に、抗がん治療に関連するセルフケアについては、担当医との連携を密にとる。

認知症: 記録を診療録に詳細に記録する。特に意思決定能力がないと判断した場合には、その判断に至った経緯・根拠を明示する。保護者がいれば承諾書は不可欠である

意思決定能力が問題となる場合は、進行がん患者で治療拒否の問題が生じた場合が多い。現時点で、意思決定能力がないと判断された治療拒否のケースにどのように対応したらよいのか、法的な回答はない。成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられていない。意思決定能力の有無は法的な判断ではなく、医師が行う説明を患者が判断できるかどうかを判定するものである。上記のようにその判断には一定の原則はあっても、確立した法的判断基準があるわけではない。原則は患者の利益を第一に、個別に慎重に対応する

認知症をはじめとする加齢が関連する合併症をもった患者の場合、複合要因が多く、若年者に用いられる診療ガイドラインに従う有益性は少ないとの意見がある。がんの早期診断が生命予後の改善に寄与しないとの報告もあり、高齢者に合わせた治療指針が

今後必要になるであろう。

#### 参考文献

- 1) Appelbaum PS, nad Grisso R: Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 319: 1635-1638, 1988.
- 2) 明智龍男: がん患者の意思決定能力に関する諸問題. 医学のあゆみ 205: 915-919, 2003.

(小川朝生)

## 13 適応障害

適応障害は、がん患者に最も多くみられる精神疾患であり、その診断や治療に習熟しておくことは、がん患者の臨床に当たり非常に重要である。しかし、一般の精神科診療の中では適応障害はなじみの少ない診断名であり、それはこの診断の位置づけが曖昧であるからといえよう。すなわち、適応障害はストレス反応性疾患で、通常の心理的反応と大うつ病や不安障害などのはっきりした精神疾患との中間にあって、しかも精神科的なアプローチが必要な状態であり、そうした背景を理解しておかないと、病気ではないと判断して精神科的な治療がなされずに見逃される。さらに大うつ病に移行する危険性もあり、精神科的な評価が求められる。

**【重要】** 適応障害はストレス反応性疾患である。「病気でない」と判断せず、フォローが必要である

### 診断

適応障害は、DSM-IV-TRを参考にまとめると、強い心理的ストレスのために日常生活への適応に支障を来すほどの不安や抑うつなどを呈するものである。そこで、これらの不安や抑うつなどの精神症状が大うつ病や不安障害など他の精神疾患による精神症状ではないことを見分けることが、まず重要である。また、たとえ通常の心理的反応と考えられても、症状は動揺し、その後大うつ病の診断がなされるほどに悪化する場合もあり、適宜経過を追う必要がある。

Do 大うつ病や不安障害ではないことを鑑別する

このように、適応障害は成因論的には明らかなストレスの存在を想定する障害であるが、個人の資質や脆弱性の関与も大きく、また症候論的には他の精神疾患との境界に曖昧さをもつという特徴があり、こうしたことを念頭において診断にあたる。

## 精神腫瘍学クリニカルエッセンス

小川朝生・内富朋介 [編]

2012年11月27日第1版第1刷発行

発行人 山田禎一  
 発行所 社会福祉法人新樹会 創造出版  
 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-37-4 長谷川ビル2F  
 電話 03-3299-7335/FAX 03-3299-7330  
 印刷所 社会福祉法人新樹会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えます。

## 再発・進行がん

精神疾患を有していない人と同じように治療を受けられるよう援助を行うことが、精神科医に求められる役割である。妄想的な患者、思考が解体した患者では、身体症状をとらえにくいいため細心の注意が必要である。痛みの訴えも少ないので、臨床症状の確認が大切となる。

身体症状によっては、向精神薬の経口摂取が困難になる場合もあるため、投与経路の工夫も必要である。

## その他、診療上のポイント

- ① 統合失調症は、がん治療病院併診患者の中で1～4%である
- ② 統合失調症の精神症状、妄想、解体した思考などは、がんの発見を妨げる場合がある
- ③ 統合失調症患者におけるがんの有病率は一般と有意な差はない。しかし、統合失調症患者は、一般と比較して喫煙率、タバコ消費量が多いので、肺がんなど喫煙がリスクとなるがんに注意することが必要である
- ④ 身体的な訴えが日常的にある患者では、がんによる身体症状を見逃されやすい
- ⑤ 統合失調症患者は、痛みをはじめ、身体的苦痛を訴えることが少なく、抗精神薬の使用で、腸閉塞などが誘発されやすい状況にある。したがって、担当医師、看護師に対しては、痛みおよび身体状況の変化に注意するよう指導することが必要である
- ⑥ 多くのスタッフによるチーム医療を好まない患者の場合には、特定の医師、看護師による治療が好ましいこともある
- ⑦ がん患者で、統合失調症が新たに発症することはまれである。したがって、幻覚、行動面の異常などの併診では、統合失調症以外の疾患を考慮することが望ましい
- ⑧ モルヒネ等、オピオイドの使用に関して、統合失調症患者に使用することは問題がないが、コンプライアンスが低い場合があり、オピオイドの服用を急に中断すると離脱症状を起こす危険性があるので、服薬管理には十分注意する

(大西秀樹)

## 18.2 がん患者の精神科診療

### 18.2.1 がん患者の精神科診療

けいれん発作は、がん患者では一般的に認められる神経学的合併症である。原因には、解剖学的変化（脳転移）によるものから、循環器系疾患、薬剤性白質脳症、放射線治療に伴う有害事象など様々ある。また、代謝性障害（たとえば、腎がんや肝機能障害時に認められる低血糖）、電解質異常（低カルシウム血症）、抗腫瘍薬による薬剤性のけいれんも認められる。

一方、傾眠が続く患者やせん妄をくり返す患者のなかには、てんかん後もうろう状態やけいれん重積状態が混在することもある。意識障害を診察する場合には、必ずてんかんを除外診断に含める必要がある。

けいれん発作のなかには、白質脳症など重篤な後遺症を防ぐために積極的な抗けいれん薬の使用が必要な病態もある。一方、脳転移を認めただけの場合には、予防的に抗けいれん薬を使用することは、ADLを低下させるために推奨されていない。個々のADL、予後に応じた対応が必要である。

また抗がん治療中に抗てんかん薬を使用する場合には、相互作用に注意する。

精神科医の役割として、適切に意識障害を見分けること、ADLを落とさないけいれん発作の管理が求められている。持続する意識障害、せん妄が適切な対応をしていなくてもかわらず悪化する場合に、てんかんを疑い積極的に検査をする

## 疫学

- 1) 海外では、がん患者の13%になんらかのけいれん発作を認めたとの報告がある。発作の原因の50%は頭蓋内転移、残りの大半は代謝異常であった。
- 2) 脳転移は全がん患者の10%に認められる。その内の約20～

# 精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

【監修】

日本総合病院精神医学会がん対策委員会

【編集】

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  
精神腫瘍学開発分野

内屋 庸介

岡山大学大学院医歯薬総合研究科  
精神神経病態学

27%になんらかのけいれん発作を認めている。  
3) 脳転移の頻度は原疾患により大きく異なる。頭蓋内転移の頻度が高いのは、悪性黒色腫(67%)、肺(48%)、乳腺(32%)、原発不明がん(35%)である。

Advanca 小児がん患者は大人と比較してけいれんを生じる率が高いが、小児の場合は多くは急性白血球病であり、骨髄移植に伴う抗腫瘍薬により生じることが多い

原因

中枢神経系	
脳転移、脳梗塞、脳出血、RPLS	造影MRIで確認
放射線照射	急性または遅発性有害事象、T2強調画像で確認
髄膜炎	髄液検査を考慮する
髄鞘病変	MRI検査または髄液検査を考慮する
薬剤性・代謝性	
薬剤性・代謝性	投薬歴、薬物使用歴の確認、ベンゾジアゼピン系薬剤の中断、エタノール
肝・腎不全	クレアチン値の低下
感染症(中枢神経以外)	以前からある腫瘍発作を刺激
TLS (tumor lysis syndrome)	腫瘍前駆症候群が尿毒症を誘発する
TTP (thrombotic thrombocytopenic purpura)	血栓性血小板減少性紫斑病
電解質異常	Na, Ca, Mg 血中濃度の確認、抗腫瘍薬あるいはある腫瘍(小細胞がん)による SIAOH
低血糖	インスリン治療、食摂取の低下、インスリンノーマによる、発作は局在性が多い
低酸素血症、肺血栓	酸素飽和度の測定、血液ガス、QT 延長
薬剤性	
化学療法	
シタラビン、メトトレキサト、高用量、髄注	
サート、シスプラチン、PRLS	
パピダスマブ、エトポシド	シスプラチンは腎機能障害をもたらす、低 Mg 血症や低 K 血症を引き起こすことがある

イホスファミド	SIAOH
シクロホスファミド	
シ・アスバラキナーゼ	静脈洞血栓症、TLS
ビンクリスチン	SIAOH、TLS
アンスタサイクリン	TLS
高用量の神経遮断薬	
ビスホスネート	低 Ca 血症によりけいれんを生じる
オランダセトロン、イミペネム、抗腫瘍	けいれんを起こしうる可能性がある

1. 頭蓋内転移

- 1) 原発性脳腫瘍と比べて、転移性脳腫瘍ではけいれん発作は比較的生じにくい。頭筋(頭蓋内圧亢進)、行動の変容、認知障害で出現することが多い。転移性脳腫瘍は一般に多発性であること、後頭蓋に生じやすいことによる。
- 2) けいれん発作を生じる脳転移で、最も一般的なのは肺がんである。肺がんの場合、原発巣が診断された時点で脳転移を伴うことが多い。
- 3) 乳がんの場合、脳転移が明らかになるのは2、3年かかる。一般には実質内腫瘍であるが、髄膜播種で生じることがあり、造影MRIで診断する。

2. 薬剤性けいれん

De 抗がん治療中に発作を生じた場合には薬剤性を積極的に疑う

臨床の場合において、薬剤性のけいれんに遭遇するのは、高用量の抗腫瘍薬を用いる場合(骨髄移植の際の myeloablative treatment) や肝機能障害、腎機能障害を合併した場合である。

3. Reversible posterior leucoencephalopathy syndrome (RPLS)

Hinchey らが提唱した概念で、抗腫瘍薬のほか高血圧性脳症、免疫抑制剤と関連して起こるとされる。薬剤投与後1~4週の際に、ふらつきや記憶障害が出現、意識障害まで進行することもある。対応は原因薬剤の中止である。治療としてステロイドや浸透圧利尿薬(濃グリセリン、マンニトール)が試みられることもあるが、治療効果は少ない。

支持療法を行いながら、回復を待つ。当初は2週ほどで可逆的と考えられたが、遅延する症例が報告されている。

4. シスプラチン

シスプラチンは時に電解質異常(特に低 Mg 血症、低 Na 血症、低 K 血症)を誘導し、けいれん発作を生じる。腎機能障害が関連することが多い。

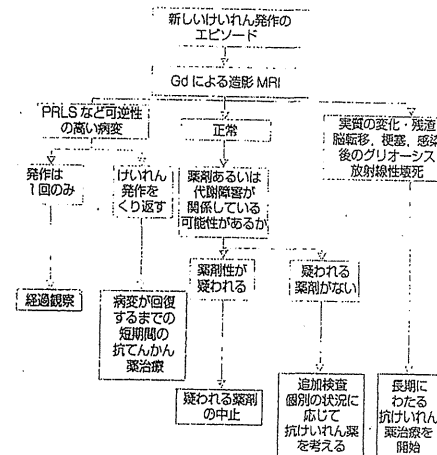
5. 脳血管障害・循環器系障害

- 1) 脳梗塞は脳転移に次いで認められることが多い病態である。脳梗塞を発症したがん患者のうち、8%にけいれん発作が認められたとの報告がある。
- 2) がん患者では90%以上に、何らかの血液凝固異常が認められる。一部の患者では急性冠症候群や静脈血栓症を生じ、急性循環不全を生じることがある。
- 3) 静脈洞血栓症は脳梗塞や脳出血を起こし、けいれんの原因となる。
- 4) 脳内出血もけいれんの原因となるが、急性骨髄性白血病による凝固障害が原因の場合が多い。

6. 放射線治療

脳転移に対する全脳照射や定位放射線治療により、転移部位周囲に浮腫を生じることで、けいれん発作を誘発することがある。特に、治療前から発作がある場合に危険性が高い。

① 評価と対応



...部分発作はしばしば生じるが、分単位で持続することは少ない。発作がすぐに消失し、患者が苦痛を感じていないのであれば、必ずしも全てを治療をする必要はない  
...全般発作は、患者自身に苦痛を伴う体験であること、目撃する家族にとっても恐ろしい体験であることから、対応が必要である

② 発作への対応

1. 全般発作

- 1) 気道確保、酸素の投与、静脈ルートの確保、モニターの装着、SpO<sub>2</sub>測定を実施。

**Attention** 脳がんと一部の一部の腫瘍、肝転移のある患者など、低血糖のリスクの有無に注意。リスクがある場合には血糖を確認する

2) けいれん発作への対応を行う。

- ① ミダゾラム (ドルミカム®) 5 ~ 10mg (0.5 ~ 1A)  
皮下注 (保険適応外)  
② ミダゾラム (ドルミカム®) (10mg) 1A + 生食 18ml  
ゆっくりと静注 (保険適応外)  
③ ジアゼパム (セルシン®) 10mg 静注  
④ プロマゼパム (セニラン®) 坐薬 3mg 1個 挿肛  
(保険適応外、在宅などで注射の医療処置がすぐにとれない場合)

- 無効の場合  
⑤ フェノバルビタール (フェノバル®) 100mg  
皮下注 無効の場合はくり返し施行  
⑥ ホストイン (750mg) 1-2A  
10 ~ 20 分かけて静注

発作のコントロール状況を評価する

- 1) 抗けいれん治療を見直す。
- 2) アルコール乱用歴がある場合はビタミンB群の投与を考える。
- 3) 発作をくり返す可能性を判断する。

下記ではけいれん発作のリスクが高い

- ① ミオクローヌスや部分発作をくり返す場合
- ② けいれん発作のコントロールが不良になってきた場合
- ③ 頭蓋内圧亢進症状が出現してきた場合

維持療法を考慮する

1. 内服可能な場合

全般発作、部分発作を含めて、発作のコントロールの具合と、眠気、鎮静等の有害事象のバランスを考慮する。バルプロ酸 (デパケン®、セレニカ®) が第一選択薬となることが多い。

フェニトイン、カルバマゼピンも代用薬となる。  
鎮静、転倒のリスクを評価して、用量は通常維持用量の最低用量から有害事象の発現の有無を確認しながら漸増する。

抗がん治療中の場合、抗腫瘍薬と抗てんかん薬の相互作用に注意が必要である。特に、フェニトイン、カルバマゼピン、フェノバルビタールは cytochrome P-450 (CYP-450) を誘導し、抗腫瘍薬の効果を減弱または増強し、生存率に影響しうる。バルプロ酸は CYP-450 の阻害剤として働き、シスプラチンやエトポシドなどの抗腫瘍薬の毒性を高める危険がある

抗てんかん薬・抗腫瘍薬の血中濃度の変化

化学療法	フェニトイン	カルバマゼピン	フェノバルビタール	バルプロ酸
シクロホスファミド	↑/-		↑/-	↑/-
イホスファミド	↑/-		↑/-	↑/-
チオテパ	↑/-		↑/-	↑/-
フルファン	↑/-		↑/-	↑/-
ニトロンウレア	↑/-		↑/-	↑/-
メトトレキサート	↑/↑	↑/-	↑/-	↑/-
ビンクリスチン	↑/↑	↑/↑	↑/-	↑/-
5-フルオロウラシル	↑/-		↑/-	↑/-
パクリタキセル	↑/-	↑/-	↑/-	↑/-
トポテカン	↑/-		↑/-	↑/-
イリノテカン	↑/-		↑/-	↑/-
9-Aminocamptothecin	↑/-	↑/-	↑/-	↑/-
テニポシド	↑/-	↑/-	↑/-	↑/-
エトポシド	↑/-		↑/-	↑/-
ドキシルピジン	↑/-	↑/-	↑/-	↑/-
プロカルバジン	↑/-		↑/-	↑/-
タモキシフェン	↑/↑	↑/-	↑/-	↑/-
シスプラチン	↑/-	↑/-	↑/-	↑/-
カルボプラチン	↑/-		↑/-	↑/-
プレオマイシン	↑/-		↑/-	↑/-
チキサメタン	↑/↑		↑/-	↑/-
ブレドニゾン	↑/-		↑/-	↑/-

↑: 血中濃度の上昇 ↓: 血中濃度の低下  
抗てんかん薬の血中濃度 / 抗腫瘍薬の血中濃度  
(van Breemen, 2007 より改変)

抗がん治療中の場合、抗けいれん薬は海外ではガバペンチンやラモトリギン、レベチラセタムなど新規抗けいれん薬の使用が推奨されている (日本ではガバペンチン (ガバペン®)、トピラマート (トピナ®)、ラモトリギン (ラミクタール®)、レベチラセタム (イーケブラ®) は難治性てんかんへの追加投与以外は保険適応外になる)。

2. 内服が困難な場合

悪心・嘔吐のある場合や終末期など内服が困難な場合には、別の投与経路を考える。

抗てんかん薬の半減期は一般に長いので、まずは単回投与を考える

〈経口投薬の選択〉

①フェノバルビタール  
あらゆる発作型に有効。100 ~ 200mg/日、1日1 ~ 2回皮下注から開始して漸増する。軽い鎮静作用がある。

処方例 フェノバル® (100mg) 1A 1日 2回 皮下注

半減期が長いので、持続投与にする必要は少ない。もしも持続皮下注を考える場合には、他の薬剤との相互作用があるため、別のシリンジにする。

②ミダゾラム  
あらゆる発作型に有効であるが、鎮静作用が強い。10 ~ 20mg/日で持続皮下注 / 持続静注で用いる。

処方例 ドルミカム® (10mg/2ml) 1A 0.1ml/時で持続皮下注

③ホストイン  
経口フェニトインの1日投与量の1.5倍を1 ~ 2回分注する。

抗腫瘍薬による神経障害

抗悪性腫瘍薬の多くは神経毒性を有している。また、悪性腫瘍に対する薬物療法は、新規抗腫瘍薬の開発のほか、多剤併用療法による面もあり、神経障害の発現はまれではない。

特に外来化学療法が普及し、神経症状 (主に末梢神経障害) が患者の ADL を低下させることも多く、症状への対応についてコンサルテーションの依頼が出されることも少なくない。神経症状を評価し生活に関する提案をするうえで、神経障害に関して熟知することが望ましい。

④ がんに関連する末梢神経障害

- 悪性腫瘍と末梢神経障害
- 1 悪性腫瘍の転移、直接浸潤
  - 2 遠隔効果 (感覚運動性ニューロパシーなど)
  - 3 抗がん治療に伴う有害事象
    - 1) 放射線照射による末梢神経障害
    - 2) 抗腫瘍薬による末梢神経障害
      - ・白金製剤
      - ・タキサン系薬剤
      - ・サリドマイド
      - ・インターフェロンなど
  - 4 その他の要因
    - ・栄養障害・微量元素の欠乏など
    - ・血清蛋白異常

⑤ 主な抗腫瘍薬による神経障害

1. バクリタキセル  
末梢神経障害の発症頻度は60%と高く、用量規定因子となっている。  
投与開始3日目あたりより始まる四肢末梢や口周囲の感覚障害が多い。時に近位優位の筋力低下や関節痛、筋痛を生じることもある。  
リスク因子として、糖尿病、大量飲酒歴、シスプラチンの前投

与歴がある。

## 2. シスプラチン

末梢神経障害と聴神経毒性がある。用量依存性に下肢の振動覚の低下が主に出現する。運動神経障害はまれである。

聴神経毒性も用量依存性であり、高音域感音性難聴がある。難聴を自覚するのは約20%であるが、聴力検査では約80%に障害が認められる。

## 3. オキサリプラチン

投与開始後数時間以内に出現する、四肢・口周囲の感覚障害が特徴である。感覚障害は寒冷刺激によって悪化する。また、口周囲に加えて咽喉頭部の感覚障害から呼吸困難や嚥下障害を生じることがあるため注意が必要である。

## 4. ビンクリスチン

糖尿病に類似した末梢神経障害・自律神経障害を生じる。初期にアキレス腱反射の低下、四肢の感覚障害が出現し、次第に上行、筋力低下に至る。動眼神経麻痺や自律神経障害もある。自律神経障害は、便秘、腹痛、頻尿、起立性低血圧などがあり、麻痺性イレウスは致命的になるので注意をする。

## 5. サリドマイド

多発性骨髄腫の治療薬として使用されるようになった。有害事象として、胎児への胎奇形性に加えて、末梢神経障害がある。下肢優位の感覚障害があり、用量依存的に障害は増悪する。

## ◎評価と対応

残念ながらエビデンスのある対応方法はない。くり返し症状の経過を続けるとともに、患者の苦痛に焦点を当て、ていねいに対応する。疼痛が持続する場合も多く、うつ病の合併に注意する。

症状緩和を目的に、ガバペンチンやアミトリプチリン、クロナゼパムを少量使用することがある。

## 処方例

- 1) プレガバリン (リリカ®) (75mg) 1錠1日1回寝る前
- 2) アミトリプチリン (トリプタノール®) (10) 1錠1日1回寝る前
- 3) デュロキセチン (サインバルタ®) (20mg) 1カプセル1日1回寝る前

## 参考文献

- 1) El Kamar FG, Posner JB: Brain metastases. *Semin Neurol* 24: 347-362, 2004.
- 2) van Breemen MS, Wilms EB, Vecht CJ: Epilepsy in patients with brain tumors: epidemiology, mechanisms, and management. *Lancet Neurol* 6: 421-430, 2007.

(小川朝生)

## 精神腫瘍学クリニカルエッセンス

小川朝生・内富庸介【編】

2012年11月27日第1版第1刷発行

発行人 山田祐一  
 発行所 社会福祉法人新樹会 創造出版  
 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-37-1 長谷川ビル2F  
 電話:03-3299-7335/FAX:03-3299-7330  
 印刷所 社会福祉法人新樹会 創造印刷

乱丁・落丁本はお取り替えます。



# 精神腫瘍学 クリニカルエッセンス

【監修】

日本総合病院精神医学会がん対策委員会

【編集】

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  
精神腫瘍学開発分野

内富 庸介

岡山大学大学院医歯薬総合研究科  
精神神経腫瘍学



緩和ケアチームとは、一般病棟において担当医や病棟スタッフからの依頼を受けて、入院患者の総合的な評価を行い、包括的な支援を提供する多職種チームである。

がん対策推進基本計画には、「診断時からの緩和ケアの実施を推進する」ために、下記を掲げている。

- ① 拠点病院を中心とした、緩和ケアチームや緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携の推進
- ② 精神心理的な苦痛に対するこころのケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供
- ③ 医師を対象とした啓発啓蒙
- ④ 質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームの育成

2008年のがん診療連携拠点病院の指定要件にも、緩和ケアチームの設置が盛り込まれている。緩和ケアチームは、拠点病院において症状緩和を実践するとともにその普及啓蒙を行うことが求められている。がん患者・家族に適切な精神的ケアを提供し、精神腫瘍学を実践し普及させるためにも、積極的な連携・教育活動が望まれる。

## 緩和ケアチームの歴史的背景

緩和ケアチームは、1976年、St. Thomas' Hospital の症状緩和チームにその端を発する。

1960年代に起きたホスピス運動はホスピスという施設を限し、在宅医療へと展開した。在宅ケアの領域において包括的なケアを展開するためにチーム医療が展開され、複数の専門職が参加する多職種チーム (interdisciplinary team) をベースとした緩和ケアチームが形成されるようになった。80、90年代に入り、包括的ケアを総合病院において実践することを目的に、欧米を中心に入院中の患者にコンサルテーション型チームとして導入する試みが始まり、世界に普及するに至った。

日本においては、ホスピス・緩和ケア病棟が広まりつつあるものの、ホスピスで亡くなる患者は全体の約5%に留まらない。がん患者のほとんどが一般病棟で亡くなる状況をみまえ、一般病棟で緩和ケアを提供するための制度として日本に紹介された。2002年に厚生労働省が緩和ケア診療加算制度を導入して、がん診療連携拠点病院の指定要件となつてから、徐々に導入する病院が増加している。

## 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。

日本においては、診療加算に規定された身体症状緩和担当医師に精神症状緩和担当医師、専従看護師、専任薬剤師をコアメンバーとするチームが多い。そのほか関連する理学療法士、管理栄養士、心理療法士、医療ソーシャルワーカーが加わる。

Advance 日本においては、緩和ケアの専門医が参加した緩和ケアチームが少ない。兼任のメンバーで活動の時間的な制約も大きく、専門性の高い緩和ケアが提供できるのが課題がある。

## 緩和ケアチームに求められる役割

緩和ケアチームの役割として、以下の内容があげられる。

- ① 疼痛および身体症状マネジメント
- ② 精神症状マネジメント
- ③ 患者-医療者間のコミュニケーションの促進
- ④ 患者・家族の意思決定への援助
- ⑤ 倫理的な問題を含む難しい治療方針、ケアの方針の決定を支援
- ⑥ 洗練された過院支援、地域連携
- ⑦ 悲嘆への援助
- ⑧ 医療従事者への支援
- ⑨ 教育・啓蒙

## 緩和ケアチームの活動

緩和ケアチームの活動の方針として、下記の内容があげられる。

- ① 多職種によるコンサルテーション活動を行う
- ② 原則としてプライマリチームが意思決定を行い、治療決定権をもつ
- ③ 緩和ケアチームはプライマリチームに接離し、プライマリチームからの依頼に基づいて、協同してアセスメントを行う。治療計画を一線に立て、的確に助言を行う
- ④ 緩和ケアチームの介入は、患者のニーズ、プライマリチームのニーズ、プライマリチームの経験に合わせ変える。単に助言をする場合から、主導してケアを提供することまで広がる

### Advances 緩和ケアチームの有効性

- 1) 入院患者の除痛率の改善やインフォームド・コンセントの実施率の上昇、療養先の選定・移行に要する期間の短縮、院内コストの削減などの報告がある
- 2) 緩和ケアチームの活動は、複数の職種がからむため、介入が複雑になりがちである。そのため、介入の有効性を評価するアセスメントはまだ確立していない
- 3) 心理・社会的課題の改善効果があるか否かでは議論が続いている。介入方法の改善は課題である

## 緩和ケアチームへの精神科医の参加

精神療法の専門職として、系統的な精神医学的なアセスメントの実施、適切な心理的支援の提供が期待されている。

背景には、欧米の緩和ケアチームの経験がある。「緩和ケア専門職のみでは心理的な症状はしばしば同定されないことがあり、患者の心理社会的支援サービスへの十分なアクセスが確保されていないことがある」(NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence)」との反省に基づいている。

## 緩和ケアチームにおける精神科医の役割

### 1. 精神症状への対応

- ① せん妄・認知症の評価、マネジメント
- ② 不安・抑うつの評価、マネジメント
- ③ 自殺の危険性の評価、対応
- ④ 意思決定に際しての同意能力の評価
- ⑤ 向精神薬の使用に関する助言
- ⑥ 精神療法への提供
- ⑦ 家族への支援
- ⑧ 安楽死や自殺補助の要請への対応
- ⑨ 患者-医療者間の葛藤への対応

- 1) 精神症状緩和は、精神科医の主たる役割であることは論を俟たない。適応障害、うつ病、せん妄の3大疾患は、全がん患者の30~40%に認められるほど一般的であるにもかかわらず、臨床現場では見すごされていることも非常に多い。マネジメントに加えて早期発見のための教育・啓発活動が重要である。
- 2) 総合病院においては、認知症の問題も多い。化学療法に関連して、セルフケア能力の評価を求められたり、認知症に伴うBPSDが絡んだ治療拒否への対応など、問題は広汎にわたる。認知症においては、治療方針決定時の同意能力の評価も重要な役割である。

### 2. 身体症状マネジメントへの支援

- ① 疼痛アセスメントの支援
- ② 鎮痛補助薬の使用に関する助言
- ③ 制吐薬使用に関する助言

- 1) 精神症状が重畳することが多い身体症状(疼痛、呼吸困難感)に対して、担当医や専任看護師とともにアセスメント、症状緩和を実施する。特に難治性疼痛の場合、せん妄やうつ病の併発が多いにもかかわらず、見すごされていることがある。せん妄症状であることを指摘するだけでなく、原因の同定と可逆性の評価を必ず行い、全身状態の評価を担当医とともに

に協働して行う。

- 2) 鎮痛補助薬として、抗うつ薬や抗てんかん薬が用いられる。緩和ケア専門医が少ない現状では、身体症状緩和医師の多くは使用経験が少ないため、向精神薬の使用にあたり、用量の設定や有害事象の評価に関して助言を求められることがある。保険適応外だが、プレガバリン(リリカ®)、クロナゼパム(リボトリール®、ランドセン®)、アミトリプタリン(トリプタノール®)、デロキセチン(サインバルタ®)などが神経障害性疼痛に対して頻用される。
- 3) 難治性疼痛が出現する場合はがんが進行期であることが多く、全身状態がよくないことが多い。高率で有害事象(せん妄、眠気、脱力、ふらつき・転倒、便秘)が出現する。プライマリチームが向精神薬の有害事象の評価に慣れていない場合があり、使用の際にはアセスメント方法について積極的に情報を提供する。
- 4) がん臨床、特に化学療法施行時やオピオイド導入時に制吐薬として抗精神病薬(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®)など)が頻用される。通常1週間を目安に漸減・中止が推奨されているが、漫然と投与されていたり、気づかずに複数の抗精神病薬が投与されていることがあるので確認をする。特に、プロクロルペラジン(ノバミン®)は、抗精神病薬と意識されずに投与されていることが多い。過鎮静や薬剤性パーキンソン症候群が見すごされていることがある。食欲不振や倦怠感の有無、ADLの変化に注意を払う。

### 3. チーム医療への支援

- ① 医療スタッフ間の葛藤への対応
- ② 医療スタッフのメンタルヘルス(燃えつきの予防および対応)
- ③ ケア目標設定への助言

緩和ケアチームは複数の専門職が協働してチーム医療を提供する。さらに緩和ケアチームの役割はコンサルテーション業務であり、担当医や担当看護師などプライマリチームを支援する役割を担う。プライマリチームの意向と自主性を尊重しつつ専門職

の間のコミュニケーションを促進して情報交換に努め、意見をまとめ上げる支援は、リエゾン・コンサルテーション活動独特の強みがある。さらに、緩和ケアチームが活動を継続するためには、チームのメンバーを含む医療スタッフの燃えつきへの対策にも積極的に対応することが求められる。

### 4. 教育・啓発

- ① 精神症状に対する知識の提供・教育
- ② 向精神薬の薬効・評価に関する知識の提供・教育
- ③ ソーシャルサポートに関する知識の提供・教育

- 1) 在宅移行に関して、認知症の評価が不十分な場合がある。十分な介護力が期待できるのか、介護保険等ソーシャルサポートは適切に手配されているか、支援を行う。
- 2) せん妄やうつ病など精神症状に関する教育・啓発を行うことは、病棟全体の知識・理解の底上げにつながり、精神症状の早期発見やむやみや鈍重を抑制するうえでも重要である。

### 5. 地域連携

- ① 在宅療養への移行を促した精神症状マネジメント
- ② 在宅移行前に地域の精神科クリニックとの情報提供・連携
- ③ 精神症状に関する在宅医との連携、バックアップ
- ④ かかりつけ医を中心とした緩和医療の供給体制の整備
- ⑤ 家族ケア・遺族ケアを支援する地域連携の構築

### Advances

- 1) 在宅療養への移行を考える場合に、疼痛コントロール以上に問題となるのは精神症状緩和の問題である。在宅への移行を成功させるためには、退院直後1週間のコントロールの良否が鍵を握るため、在宅医や訪問看護と連携をとり、アセスメント、向精神薬の使用法、薬効評価をていねいに説明する
- 2) 患者の精神症状に劣らず重要なのは、家族への精神的ケアである。十分な身体症状・精神症状緩和は家族の不安・抑うつと関連し、ひいては患者が亡くなった後の家族の精神的負担にも影響する。

患者が亡くなった病院に入院することは家族に負担を強いられることにもなるため、地域の精神科クリニックに紹介できるような体制を整えることが必要である

④ チーム・ビルディング-緩和ケアチームを育てる-

がん医療は多様な専門分野がからむ複雑な領域である。高度な薬学的治療を提供するためには複数の専門家が治療に参画する必要がある。そのため、多職種が治療に参画するチーム医療が必要となる。

1. チームの条件

「チーム」という言葉は意識されずに用いられがちである。一般にチームとは、「目的・目標をもち、ルールや決まり事を用意し、その目的・目標を成し遂げる能力がある人が集まった状態」といえる。

このようにある集団がチームと認められるためには、次の3条件が必要となる。

- ① 目的・目標があること
- ② ルールや決まりごとがあること
- ③ 目的・目標を成し遂げられる人材が揃っていること

チームは一度組織化されると、メンバー同士による相互作用・協働作業を通じて、さまざまな成果を生み出すことができる。一般に人が集まっただけのワーキンググループでは、その成果は各メンバーの成果の総和でしかない。しかし、チームの成果はこの個々人の成果以上の実績を上げることができる。

2. チーム医療の目指すもの

チーム医療が重要視される背景には、①専門化が進んだ各領域間のコミュニケーションを促進すること、②医療・福祉領域が複雑化し専門家が一人で調整することが困難になったこと、③医療の効率化を促進すること、がある。

また、緩和ケアチームがチーム・アプローチを強調するのは、

もう一つの理由がある。緩和ケアチームの源流である1960年代の在宅医療では、Saunders C, Twycross Rらは、患者の抱える問題を複数の視点から多角的に検討することを通して全体を俯瞰する視点を取り戻すことを目指し、多職種チームによる全人的な症状緩和を提唱した。

このように多職種チームには、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わたす視点を期待する面がある。

**緩和ケアチーム** 緩和ケアチームは、緩和ケア専門医を中心に、専門的なケアを効率的に提供することが主な役割となる。しかし、緩和ケア専門医の少ない日本の現状では、がん治療医や精神科医、認定看護師などがチームを構成する。がん診療連携拠点病院において、効率的に緩和ケアを提供する役割が求められる一方、統合的・多角的な視点に基づく緩和ケアの提供も求められる。緩和ケアチームの活動の方向性を意識して明確にすることが重要である

3. チームの発達

チーム活動をアセスメントするためには、構造を評価するだけでなくチームの発達レベルも評価する必要がある。

チームが組織され活動を始めた最初の頃と長い間活動を続けた後では、メンバー同士の関係やチームの活動のあり方が大きく変化していることは、容易に想像がつく。このようにチームも、個人と同じように発達を遂げる。

Tuckmanらはチームの発達を時間の流れとともにとらえ、集団発達の5段階モデルを提唱している。

チームの発達段階

- ① 形成期：メンバーはお互いのことを知らず、集団としての意識は希薄で、集団の目的やメンバー間の役割分担は不明確な状態
- ② 暴乱期：目的、役割や責任に関連して意見が対立し、集団の中に尊厳が生じる
- ③ 規範期：メンバー間で役割分担が行われ、集団内での望ましい態度や行動といった規範が確立する。メンバーが仲間意識を高め、互いに信頼関係をもつようになる
- ④ 実行期：チームはその存在目的として課された課題に取り組むよ

うになる。目標を達成するために、メンバーは緊密に連携を取り合う（しかし、すべての集団がこのレベルに達することができるとは限らない）

⑤ 解散期：チームはその目的が達成されることで解散する

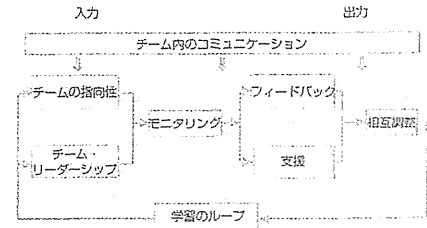
もっとも、どのチームも直線的に発達するわけではない。チームの発達は、①発展、成熟に至る、②成熟とともに衰退する、③その中間パターン、に分けられる。

4. チーム医療の向上を目指して

〈チームワークとリーダーシップ〉

チームが構成されたとしても、目標を達成するためには様々な作業を遂行しなければならない。仕事を効率的に進めるためには、メンバーがすべての仕事に関わるよりも、仕事を分担してやり遂げるほうが適していると考えられる。したがって、仕事を系統的に分類して、各職種ごとに分業することが必要になる。

一方、チームで協働して作業するためには、仕事そのものにかける努力とは別に、他のメンバーとの相互作用に努力を払わなければならない。この努力のぶんだけ、集団の実際の仕事量は潜在的に可能な仕事量を下回る（プロセス・ロス）。協働作業を円滑に進めるためには、「チームワーク」が十分に発揮される必要がある。チームワークとは、チームの目標達成に必要な協働作業を支



(Dickinson, 1997 一部改変)

えるために、メンバー間で交わされる対人的相互作用である。Dickinsonらはチームワークの要素を7つに分類して、チームワークの要素モデルを提唱した。

ここで基本となるリーダーシップは「集団目標の達成に向けてなされる集団の諸活動に影響を与える過程」と包括的に定義される。

リーダーシップを考えるうえで注意しなければならない点が2点ある。1つは、リーダーシップは、ある地位に就いているリーダーだけではなく、チームのメンバーも発揮すること。2つ目はリーダーシップとは社会的影響過程であり、一方的な働きかけだけではなく、対峙するメンバーの受容が前提とされている点である。

5. チーム医療を実践するためには

多職種チームが機能するための課題について、チーム内（メンバー）、チーム自体、チーム外の問題を整理する。

1) ナレッジ・マネジメント (knowledge management)

医療分野におけるチーム・ビルディングの問題点としてまず指摘されるのは、医療チームは専門職が集まったチームである点である。チームが目標を設定するに際して、各々のメンバーのもつ医学知識の量（量と質）が問題になる。

また、各メンバーの技能が専門化して特殊であるぶん、チームの介入が複雑になり、介入の全体像が見えにくくしている点もあげられる。

**メンバー間の医学知識の連携** 介入の全体像を把握するためには、医学知識に加えて、個人が得た臨床現場の情報、各々のスキルをチームで共有し活用するプロセスが必要である

ナレッジ・マネジメントの意義

- ① 状況を正確に把握することで、組織の意思決定に反映する
- ② チームが学習し能力が向上する
- ③ 個人の能力も向上する

ナレッジ（知識）とは、「情報を利用可能な状態に加工したもので、判断や行動の枠組みとなるもの」である。知識は様式化された形で表現できる「形式知」やはっきりとした形で提示できな

い「暗黙知」を含む。特に医学臨床では、体系化された「医学知識」と個々の現場のあらゆるものを含んだ「情報」とに分けることができる。

チームでは、メンバーから提示されたナレッジ（知識）を入手し、チームで共有し、多角的に検討する過程をふむ。この活動を通して、ナレッジ（知識）は他のメンバーに取り込まれ内面化し、チームレベルで共有し、さらにはチームを超えて伝達するプロセスを経る。

Advance 一般に、ナレッジ・マネジメントが業績に直接関係するといわれるが、効率のよい伝達、学習は容易ではない。実践を促すためには、①各メンバーが互いに知識を提供しなければならぬことを自覚すること、②知識を共有するための具体的な仕組みや機会を設けること（たとえばキャンサーボード）が必要である

## 2) チームのコーディネート

メンバーの役割を明確にするために

- ① 多職種が参加するミーティングにおいて、個々の患者のニーズをそれぞれ議論すること
- ② その議論の結果を記録するとともに、患者およびケアに関係する人に伝えること
- ③ その効果を持続させるために、チーム内・外のプロセスの経過をレビューすること

チームのコーディネーションがチームの遂行能力に関係することが指摘されている。

チームのメンバー間でお互いの役割が明確になされないと、実行するうえでの取り決めや手続きを作成することをメンバーが拒否する事態が起こりうる。特に急性期のケアに関しては、お互いに役割が重なりがちなため意思の統一が図りづらく、役割が不明瞭になりがちである。

Advance チームが機能するようになったとしても、その状態がいつまでも続くとはかぎらない。集団は形成されてから一定期間は生産性を向上させるが、それ以降は機能不全に陥る。チームの機能不

全には組織の硬直化が関係し、①メンバーの役割と行動が固定化すること、②メンバーの考え方が均質化し刺激を与え合えなくなること、③メンバーが互いに情報を伝達する相手を選択するようになりコミュニケーションが固定化すること、④外部と疎遠になり関心が集団内部に狭まること、⑤リーダーが過去の成功と経験に縛られ変化に抵抗を示す自己呪縛に陥ること、が原因と指摘されている

## 3) チームの認知

チーム外の問題としては、チームが組織内でどれほど認知されているかも重要である。認知度が低い場合には、チームの活動が理解されず、十分な資源がチームに提供されない。特に、多職種チームのように組織横断的な活動は、チームメンバーの作業に負荷を生じる。

## ④ まとめ

病院という縦割りの組織の中では、緩和ケアチームのような横断的活動を展開するチームの位置づけが難しいことがあり、指揮系統がはっきりせず、組織内の位置づけが不明瞭になることがある。ともすれば、縦割り組織間の遊離が緩和ケアチーム内のメンバー間の軋轢になりかねず、チームメンバーの疲弊を招きかねない。緩和ケアチームが一定の役割を果たすためには、チーム内の調整のみならず、院内での位置づけを確立することが重要である。

チーム医療に参加することは、精神科医にとっても参考になる点が多い。従来、精神科リエゾン活動と言いつつも精神科医が単独で精神症状に関する診療を担当することが多く、担当医や病棟との連携に踏み込んだ活動になりづらいつながりがあった。

精神科医が緩和ケアチームに積極的に参加することにより、身体症状緩和担当医や専従看護師、薬剤師などの多職種との連携を構築し、チーム医療を展開する基礎を築くことができる。

また、精神症状のマネジメントについても精神科医が単独で抱え込むのではなく、複数の職種から支援を受けることができ、包括的なケアを提供することができる。リエゾン活動に関しても、精神科医だけではなく病棟を取り込んだ形で構造的に発展させることが可能になる。

## 参考文献

Dickinson TL, McIntyre RM: A conceptual framework for team-work measurement. In MT Drososuck, E Salas & C Prince(Eds), Team performance assessment and measurement: Theory, methods, and applications. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp.19-43, 1997.

(小川朝生)

円滑な社会生活を営むうえで、コミュニケーションは不可欠である。信頼関係を築く時間を十分にとることが困難な医療場面において、患者—医療者間のコミュニケーションは医療者のみならず患者にとっても重要な問題であり、精神腫瘍医として両者から相談を受けることも少なくない。本節では、がん医療における患者—医療者間のコミュニケーションを中心に概説する。

## ⑤ コミュニケーションとは

コミュニケーションの語源は「共有する」という意味のラテン語 *communicare* であると言われている。患者—医師間の望ましいコミュニケーションの成立には、双方向の内滑な情報交換に加え、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージが大きな役割を果たす。例えば、目の前の患者がつかうような表情で「大丈夫です」と言ったとしても、言葉どおり「大丈夫」とは判断しないだろう。「悪い知らせ」を伝える面談のように、感情が伴うコミュニケーションの際には言語的な情報以上に、非言語的な情報に十分配慮することが重要である。

**Attention:** 精神保健のトレーニングを受けていない医療者は、言語的なコミュニケーションに目が向きがちである。そのため、医学的側面を「言った」「言わない」といった議論に終始したり、患者の発言を「言葉遊び」に受けとってしまうことがある

「患者—医療者関係の問題が生じている場合」、精神腫瘍医は患者と医療者の媒介者として、個別に互いの話を十分聴く、面談に同席するといったコミュニケーション調整の役割を求められる

“ex 医師の説明に同意を示していた患者が実はきちんと理解できていない場合のすれ違いや、不安や怒りが背景にあって治療を拒否する患者の尊厳を医師がそのまま受け入れて治療を中断したりする場合など。