

**解決方法の選択：**

少なくとも1週間に1度か2度は、家で、ビデオを借りるか、音楽を聴く。  
少なくとも1週間に1度は、友達と泳ぎに行くか買い物に行く。

**計画：**

1. 今晚、友達に電話して、一緒に買い物に行けるかどうか尋ねたうえで日程を決める。そして、よければランチに行こうと提案する。もし、彼女が今晚家にいなければ、明日再び電話して、日程が決められるまで電話をかけ続ける。もし、彼女が今週、行くことができないようであれば、次週にするか、他の友達に電話して、今週会えるかどうか尋ねる。よい計画が立てられそうだ！
2. 友達に電話する前に、近所のスイミングプールの営業時間を調べる。
3. 水曜日にビデオショップに行き、よいビデオを選ぶ。居心地のよい雰囲気を作るよう努める。電話機から電話線を抜いておく。

**結果：**

はじめに電話した友人は、最初かなり驚いていた。結局、彼女と一緒に買い物に行った。だいたい2週間に1度ぐらい、定期的買い物に行くか他のことを一緒にするよう約束をすることができた。

かなり忙しくしている別の友達は今回、約束することができなかった。義妹（弟の妻）は水泳が好きで、いつか一緒に行く計画を立てたいと思っていたので、彼女に電話した。そして、一緒に泳ぎに行き、それからほぼ毎週一緒に水泳に行き楽しむことができた。

音楽を聴くことは、あまり役に立たなかった。——さらにいろいろ考えるようになってしまったので、あまりリラックスすることができなかった。ビデオを観ることは役に立った。——気晴らしになった。次週までに見たいビデオのリストを作った。

## アドリアン

## 問題1：妻との関係

## 目標：

- (a) 週に少なくとも1回は一緒に楽しい活動をする計画を立てる。
- (b) 経済状況について彼女と話し合い、家計の新しい/代替案をつくる。
- (c) 彼女の批判について、自分が感じていることを表現する方法を見つける。

## 目標達成のためのブレインストーミングによって産出された解決方法：

	良い点	悪い点
1. 一緒にスポーツジムに通う	個々のレベルが違うが、まだ一緒にできる	個人的すぎて、話す時間がないかもしれない
2. 一緒に映画を観に行く	お互い映画が好きで、一緒に外出できる	話すことができない
3. 食事にでかける	お互いおいしい食事が好き	高額である
4. 子どもたちも一緒にゲームをする	良い！普段できないので、子どもたちも喜ぶだろう	
5. 子どもたちと一緒にサイクリングに行く	良い考えであるし、活動的である。子どもたちも好きである	計画するのが難しい

解決方法の選択：1と4

## 計画：

1. 週末に妻とスポーツジムに行く計画について話し、日程を決める。そして、営業時間や費用についてスポーツジムに電話で尋ね、予約を取る。
2. 今晚もしくは明日、妻と話して、子どもたちが学校から帰宅したら日程を決める。そして、一緒にすることを計画する。もし、それが楽しければ、すぐに次の計画を立てる。

**結果：**

妻と話し、その週にできそうな計画を立てた。子どもたちと、たくさんのことをして楽しんだ。子どもたちと定期的にこのようなことをする計画を立てた。スポーツジムに行く計画について妻と話をし、彼女も賛成したが、まだ実行していない。アドリアンは、治療の間、この問題について取り組み続け、本当に助かったと感じた。

**問題2：経済的困難**

**原因：**(a) 妻の過剰な浪費

(b) 十分な収入がない

**目標：**(a) 経済状況について妻と話をし、家計の新しい/代替案をつくる。

(b) 収入を増やす計画を立てる。

**ブレインストーミングによって産出された解決方法：**

	良い点	悪い点
1. 収入のリストをつくる	簡単、明瞭	
2. 自分と妻の支出のリストをつくる	明瞭	妻がそれを信じないかもしれない
3. 妻とリストについて話し合う	必要：役立つかもしれない	困難：妻はしたくないかもしれない
4. 生活相談窓口で専門家のアドバイスを求める	問題を簡単なものにする	妻は他人が関わることを望まないかもしれない
5. 月初めに、妻の小遣いを決めておく	月末にお金が残るだろう	妻はとても怒るだろう
6. 彼女にお金が渡る前に、必要なものを買ってしまう	少なくとも優先すべきものは守られる	一度しかできない：妻は、かなり怒るだろう

**解決方法の選択：**1, 2, 3, 可能ならば4

**計画：**

1. 明日、彼女が外出しているとき、収入と支出のリスト作りを始める。今週、それをやり続ければ、金曜日までに終わることができると思う。もし、

金曜日までにできなかつたら、遅くとも月曜日までに行く。銀行の通帳を用いて、かなり具体的なリストを作る。

2. リストが完成したら、できるだけ早く、経済状況について話し合いたいこと、話し合う日程を決めたいことを妻に話す。妻がそれから逃れられないように心がける。そして、彼女にリストを見せる。私たちがどのように支出を減らすことができるかを提案し、話し合う。もし、これが実行できなければ、誰かにアドバイスを求めてみようという提案する。

#### 目標達成のためにブレインストーミングによって産出された解決方法：

	良い点	悪い点
1. 他の仕事を探す	変化を楽しめるかもしれない	見つけるのが困難
2. 追加の仕事を見つける	これ以上はできない	時間がない
3. 妻に仕事をするよう頼む	実際、助かるだろう。彼女は楽しんでやるかもしれない。妻も自分の時間がなくなって、浪費が減るかもしれない	彼女はやりたくないかもしれない

解決方法の選択：1と3

#### 計画：

明日、インターネットと新聞で求人を探し始める。そして、リストを作成して、毎日少しずつ電話をする。これを実行する一方で、週末、子どもたちが寝た後、妻と話し合いをする。自分が今、やっていることについて話し、子どもたちが学校に行っている間に仕事をするということについて、妻にどう考えているか尋ねてみる。毎月少しでも、ゆとりをもつために積極的にできることを考え、その成果をあげる。

#### 結果：

リストを作成した。できそうな仕事はあまりなかった。

週末に経済状況についての話し合いがしたいと妻に話し、妻は不承不承

解した。彼の追加の仕事を探すという提案に妻はよい反応を示した。彼女は、自分が仕事に出るといふ案に驚き、育児についての問題をあげた。彼女にできそうな仕事があれば探してみることに合意した。これに加え、いくつかの決め事にお互いに合意した。アドリアンは、今後取らなければならないステップを決めることができ、もはやセラピストとこれを行なう必要はなくなった。

### 問題3：新しいホームタウンでの楽しめる活動の欠如

目標：楽しめる活動を増やす

SMARTな目標：1週間に1度は楽しい活動を計画する

目標達成のためのブレインストーミングによって産出された解決方法：

	良い点	悪い点
1. 情報を集めた図書館に行く	簡単	あまり期待できない
2. 地元のコミュニティセンターを訪ねる	簡単；あちらこちらにある	おそらく私好みのものがない
3. 電話帳で余暇活動について調べる	簡単	
4. 近所の人に何かよい示唆がないか尋ねてみる	よい案が得られるかも。たぶん何か一緒にできる	ばかだと思われるかもしれない
5. インターネットで色々見してみる	簡単；新しいアイデアが得られるかもしれない	地元の情報は得られないかもしれない

解決方法の選択：2、4と5

計画：

1. 明日、コミュニティセンターに行く。
2. 金曜日、近所の人在家にいるときに、子どもと一緒に立ち寄って、アドバイスや提案を求める。
3. 今日、インターネットで色々な情報を見してみる。もし、今日できなければ、明日やってみる。そして、演劇のような、よさそうなものを見つける。電話番号が分かれば、すぐに、もしくは後日電話する。

**結果：**

解決方法4がうまくいった。隣人がたくさん提案してくれた。1つは一緒にジョギングをすること。それは好きなことだったので、時間を合わせて定期的にやることにした。コミュニティセンターでは、あまりよい情報が得られなかった。まだ他の方法を実行してみている段階であるが、この始めのステップにかなり満足しており、十分であると思っている。

# 今日の治療指針

Volume  
51

私はこう治療している

総編集

山口 徹 北原光夫 福井次矢

# TODAY'S THERAPY 2009

## 日常診療に直結した最新治療年鑑

- 1065専門医が  
1094疾患項目の治療の実際を紹介
- 本文各項目はすべて新執筆者により毎年全面新訂
- “今日の”医学とともに積み重ねた信頼と実績

医学書院

# 2009

## TODAY'S THERAPY





## 3. 精神疾患

感情的・批判的な態度は好ましくな

を申し出て、自殺に代わる選択肢を  
と健の専門家に紹介する。紹介の理由  
る時間をとり、紹介後も見捨てない  
を保つ。危険性が高い場合には、自  
上げ、決して1人にせず、直ちに精神  
保健の専門家と連絡を取り入院などの必要な手配を  
する。

### 癌患者の精神医学的問題

psychiatric problems among patients with cancer

大西秀樹 埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科

癌患者に頻度の高い精神医学的病態は適応障害、  
うつ病、せん妄であり、病期のいかんを問わず、お  
おむね30-40%の患者に認められる。精神疾患は、  
①疾患そのものの苦痛、②意思決定障害、③治療方  
針の混乱、④家族の苦痛などと関連しているため、  
早期の介入が必要である。

#### I. 適応障害

##### 病態と診断

癌という病気に罹患したことによるストレスによ  
り生じる、不安・抑うつ症状が主体。症状により日  
常生活が障害されている場合に診断する。

##### 治療方針

患者の訴えに、批判的・指示的にならずに耳を傾  
け、理解しようと努めること（支持的療法）が  
有効である。必要に応じて薬物療法も行う。

##### A. 薬物療法

#### 1. 不安が主体の場合

##### 〔R〕処方例

コンスタン錠 (0.4 mg) 1錠 分1:就寝前 回

2. 抑うつが主体の場合 後述のうつ病に準ずる。

#### II. うつ病

##### 病態と診断

うつ病は抑うつ気分、意欲の低下に種々の精神・  
身体症状を伴う症候群である。

診断は、①抑うつ気分、②興味意欲の低下、③食  
欲低下（亢進）、④不眠（過眠）、⑤制止・焦燥感、  
⑥易疲労性、気力減退、⑦集中力低下・決断困難、  
⑧罪責感・無価値感、⑨希死念慮の9項目のうち、  
①または②があり、9項目中少なくとも5項目が2

週間にわたって存在するときに診断する

##### 治療方針

うつ病治療は薬物療法、精神療法、生  
要である。癌患者では体力の低下、代謝  
いる場合があり、薬物療法では副作用に  
とが大切である。

##### A. 薬物療法

1. 軽症の場合 症状が軽度の場合は、抗  
のある抗不安薬を用いる。

##### 〔R〕処方例

ソラナックス錠 (0.4 mg) 1錠 分1

2. 中等症-重症うつ病 抗うつ薬を用  
果の発現までに2週間程度かかることを念  
必要がある。

〔R〕処方例 下記のいずれかを用いる。

1) パロキチン錠 (10 mg) 1-4錠 分1

2) シェイゴプロフト錠 (25 mg) 1-4錠

食後 回

3) テトラミド錠 (10 mg) 1-6錠

食後 回

経口摂取できない場合4)を用いる。

4) アナフラニール注 (25 mg) 1回 0.5

ル 生理食塩液 250 mL に混合 1日

間以上かけて点滴静注 回

#### III. せん妄

##### 病態と診断

なんらかの原因により脳が正常に機能し  
た状態である。臨床症状として意識障害に  
視、妄想、興奮などの精神症状を伴う。症  
することが多い。

##### 治療方針

せん妄の原因となった原疾患の同定と治  
である。原因が複数個の場合もあり、慎重  
必要となる。癌医療ではオピオイドなど  
のものが多い。終末期では原因治療が難  
しい。原因検索と同時に、環境調整、薬物  
う。環境調整は、個室対応、部屋を適度な  
保つなどがある。

〔R〕処方例 下記の薬剤を症状に応じて  
る。

1) リスパダール内用液 0.5-3 mL

〔保外〕 回

2) ジブプレキサザイデイス錠 (5 mg) 1

回 食後 〔保外〕 回

3) セレネース注 (5 mg) 1回 2.5-5 mL

塩液 50 mL に混合し点滴静注 〔保外〕

講義録

# 腫瘍学

*oncology*

編集

高橋和久

順天堂大学医学部 呼吸器内科学 教授

編集協力

樋野興夫

順天堂大学医学部 病理・腫瘍学 教授

齊藤光江

順天堂大学医学部 乳腺・内分泌外科学 先任准教授

唐澤久美子

順天堂大学医学部 放射線医学 先任准教授

MEDICAL VIEW

# 緩和医療

## 緩和医療の歴史と位置づけ

緩和医療は中世において巡礼者に対して行われたものがその起源とされている。1967年聖クリストファー病院でホスピスが建設され、これが現代ホスピスの広がりにもつづいた。わが国では1982年に聖隷三方原病院にホスピスが設立され、1990年に緩和ケア病棟入院料が算定され、一定の基準を満たした入院施設での緩和医療の広がりの始まりとなった。2002年には緩和ケアチーム診療加算（緩和医、精神科医、看護師でのチーム）が認められた。精神科医がチームに入るのはわが国が初めてである。

緩和医療は、当初治癒の見込みのない終末期患者に対する医療から派生したため、治癒を目指した医療が不可能になった際に行われる医療とみなされていたが、現在では医療の初期からすべての患者に対して導入されるものとされている。現在の緩和医療は、医療に携わるすべての人が身に付けなければならない医療知識および技術であるといえる。

## 緩和医療とは

緩和医療は、終末期医療から発展した医療の一分野であるが、現在の世界保健機構（WHO）による定義は「命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOL（生活の質、生命の質）を改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする。」とされている。

WHO : World Health Organization  
(世界保健機関)

QOL : quality of life  
(生活の質)

## がん患者の抱える苦悩—全人的苦痛とその対応

がん患者の抱える苦悩は、定義にあるように、さまざまな面に及び「全人的苦痛（total pain）【表1】」と表現されている。この苦痛は、「病気を有した人間が苦悩し、家族も苦悩すること」と全人的にとらえ、チーム医療としてかかわることが望ましい。緩和医療の内容は【表2】にあげた。

## 緩和ケアの方法と副作用

本稿では主に身体的苦痛緩和のうち主に疼痛緩和について述べる。

### ◆身体的苦痛緩和

#### ◇疼痛の緩和

##### 1) がん性疼痛

疼痛の定義：実際または可能性のある組織損傷と関連する、あるいはこのような損傷に起因する不快な感覚的および情動的な体験。

疼痛は常に、主観的な体験である。

##### 2) がん性疼痛の病態【表3】

疼痛はその病態から、体性痛、内臓痛、神経因性疼痛に分類できる。

##### ①体性痛

骨転移の痛みが代表的である。疼痛部位は局限し、叩打痛が病変に一致し、体動時に疼痛が増強することが多い。

②内臓痛

交感神経支配を受ける臓器の損傷、および胸部、腹部内臓の浸潤や圧迫などにより生じる。「鈍い痛み」、「深部の圧迫されるような痛み」と表現され、疼痛部位がはっきりとしない。放散痛や圧痛を伴うことがある。

③神経因性疼痛

腫瘍や治療による中枢神経または末梢神経の損傷により生じる。神経の支配領域に一致した痛みである。知覚変化を伴うこともある。モルヒネに反応しがたく、鎮痛補助薬をしばし併用する。

3) 診断

疼痛の診断は病変の進行程度、疼痛の部位、性状、強度、持続時間、日常生活障害度など、詳細な病歴調査および臨床観察から総合的に判断する。

4) 治療方針

がん性疼痛管理の原則はWHOより、【表4】のように推奨されている。治療方針は、【図1】に提示したように、患者の痛みの程度を観察し、段階的治療を行う。

表1 全人的苦痛 (total pain) と構成要素

I	身体的苦痛 身体的な痛み 全身倦怠感
II	社会的苦痛 経済面の問題 家庭内の問題 仕事上の問題
III	精神的苦痛 不安 恐怖 怒り 抑うつ状態
IV	霊的(実存的)苦痛 自己の存在に関する問題 病気の有する意味の問題 死への恐怖

表2 緩和医療で行われること

- ①身体的苦痛の緩和
- ②精神的苦痛の緩和
- ③社会的苦痛の緩和
- ④霊的苦痛の緩和
- ⑤家族の支援
- ⑥遺族の支援

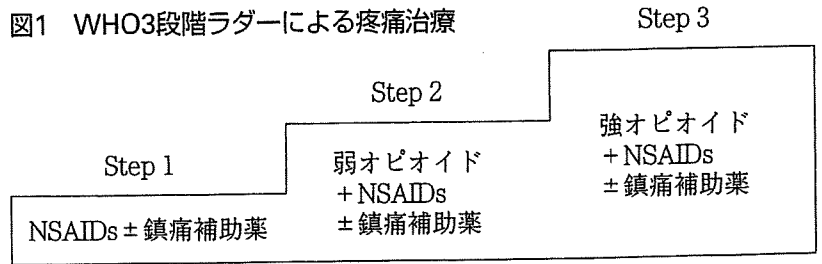
表3 がん性疼痛の病態

体性痛	疼痛部位が限局	骨転移など
内臓痛	疼痛部位が不明確	膵臓癌、肝臓癌など
神経因性疼痛	損傷された神経の支配領域に一致	神経浸潤

表4 がん性疼痛管理の原則

- ①経口投与 (by the mouth)
- ②定時投与 (by the clock)
- ③段階的投与 (by the ladder)
- ④個別投与 (by the individual)
- ⑤詳細にわたる注意 (attention detail)
- ⑥鎮痛補助薬の使用

図1 WHO3段階ラダーによる疼痛治療



ISBN978-4-525-42561-6  
C3047 ¥3400E

定価 (本体3,400円+税)



9784525425616



1923047034007

在宅医療の技のこころ



在宅医療の技のこころ

チャレンジ！在宅がん緩和ケア



チャレンジ！

在宅がん緩和ケア

編著 平原佐斗司 梶原診療所在宅サポートセンター  
茅根 義和 東芝病院緩和ケア科

編著 平原佐斗司  
茅根 義和

南山堂

南山堂

## せん妄がおこったら

せん妄は、在宅医療において終末期の患者を中心に頻度の高い病態である。本項では、在宅医療においてせん妄が発現した場合、どのようなプロセスで問題を解決していくのが良いか解説する。

### A せん妄とは

せん妄はがん医療の現場で遭遇することの多い病態であるが、その本態は様々な原因により脳の機能が低下した状態、つまり、急性の脳機能不全状態 (acute brain failure) である。せん妄は合併症の増加、長期入院、死亡率の増加等と関連しているため、適切な診断と治療が大切である。

### B 頻度

せん妄は、がん医療においてあらゆる場面でみられるが、特に進行・終末期において頻度が高い<sup>1, 2)</sup>。緩和ケア病棟入院患者で28～44%、死亡直前には68～88%の患者にみられる<sup>3)</sup>など、死が近づくとつれて、その割合は上昇する。

### C せん妄の原因

患者に薬剤を投与した際、ある患者ではせん妄状態となり、他の患者では全く問題ないということをよく経験する。このことは、前者ではせん妄を起しやすいう状況にあったところに薬剤が投与されたため、せん妄が誘発されたと考えることができる。このように、せん妄はせん妄を起しやすいう準備状態があるところに、何らかの因子が加わって発症することが多い。

### 危険因子

危険因子としては、患者個人が有しているもの (準備因子)、薬剤、環境によるものがある (表8-1)。

個人の因子 (準備因子) としては、高齢、せん妄の既往、薬物依存・アルコール依存の既往、認知障害、がん以外の重篤な合併症などがある。

表 8-1. 在宅医療におけるせん妄の危険因子

個人の有するもの
高齢、認知障害、がん以外の重篤な合併症
せん妄の既往、薬物・アルコール依存の既往
がん性髄膜炎、脳転移、代謝・呼吸障害
薬剤によるもの
ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド
インターフェロン、H <sub>2</sub> ブロッカー
抗コリン作用を有する薬剤、多剤投与
環境によるもの
慣れない環境、活動性低下
聴覚・視覚の低下

表 8-2. がん患者におけるせん妄の主な誘発因子

薬剤	モルヒネ、睡眠薬、ステロイド、抗コリン薬
代謝障害	高カルシウム血症、低ナトリウム血症
脱水、低血糖、高血糖	
肝不全、腎不全	
脳障害	脳転移、がん性髄膜炎
呼吸器障害	
感染症	低酸素血症、CO <sub>2</sub> ナルコーシス
敗血症	
発熱	
播種性血管内凝固症候群	

在宅医療を受けているがん患者におけるせん妄の主な誘発因子を表8-2にまとめ<sup>4-6)</sup>。薬物、代謝障害、脳障害、呼吸器障害、感染症、DICなどが関連している。

薬剤はせん妄の原因全体の20～40%を占め、ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、抗コリン作用を有する薬剤などが原因薬剤としてあげられることが多い。多剤投与もせん妄の原因となる。オピオイドはせん妄の原因として多いが、モルヒネの代謝産物であるM6Gが鎮静効果を有するためである。特に注意すべきは、抗コリン作用を有する薬剤であり、特に高齢者においてせん妄の原因となることがある。テオファイリン、ジコ

表 8-3. せん妄の臨床症状

中核症状-意識レベルの低下
見当識障害
注意力低下
集中力低下
周辺症状
思考障害
感情変化
睡眠リズムの障害
その他症状
症状の動揺性

キシシ、ワルファリンなど一般的に使用される薬剤にも抗コリン作用のあることを覚えておきたい。

在宅医療における環境因子としては、新しい環境、活動性低下、聴覚・視覚の低下などがある。

せん妄患者の調査では、誘発因子は複数個存在し、平均して2~6個である。したがって、せん妄の原因を探索する場合、慎重に経過観察を行い、複数の因子について検討を行う必要がある。

#### D. せん妄の臨床症状 (表 8-3)

せん妄の臨床症状は多彩であり、これがあれば、診断が確定するといった特定の症状はない。症状は中核症状と、周辺症状に分けられるが、中核症状は、見当識、注意、集中など意識の障害である。これらの症状に加えて、思考障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、感情面での障害などの精神症状を伴う。

初期症状は不安、抑うつ、怒り、精神病症状と類似しているため、性格の変化和間違えられることもある。

意識レベルの低下は失見当、注意・集中の困難が中心で、深い意識障害を呈することは少ない。意識レベルは動揺性の経過をたどることが多いため、見ている人により意見の相違がみられることもある。

明らかな失見当、つじつまの合わない言動などがあればせん妄と診断するのは難しくないが、軽度の場合は鑑別困難な場合がある。せん妄評価スケールを用いて診断することもありますが、ごく軽度の意識障害の場合は、注意の集中(具体的に数字の逆唱で6桁が言えるかどうか等)、一日の様子を見て気分、言

表 8-4. 症状による分類

過活動型
幻覚、妄想、焦燥感、失見当
低活動型
鎮静

動に変動があるかをみながら総合的に判断を行う。

精神症状としては、妄想的になる場合、抑うつになる場合などがある。これら精神症状のため、抑うつと間違えられるため注意が必要である<sup>7)</sup>。なぜなら、せん妄がうつ病と診断され、抗うつ薬の投与が行われると、抗うつ薬には抗コリン作用を有する薬剤が多いので、せん妄が悪化してしまうからである。

臨床類型としては、精神症状の程度から、過活動型、低活動型に分類される(表 8-4)<sup>8)</sup>。過活動型せん妄は幻覚、妄想、焦燥感、失見当が著明であり、臨床の現場ではIVHの切断、バルーンカテーテルの引き抜き、家族・医療者の指示に従わないなど、いわゆる“問題行動”が多いので気づきやすい。これに対して、低活動型せん妄の場合、鎮静が主症状であり、いわゆる「大人しい患者さん」である。幻覚、妄想、焦燥感は顕著ではないため、見逃されることが多い。

せん妄は見落とされる率の高い病態であり、その割合は、約3割から6割といわれている<sup>9)</sup>。せん妄といえ、失見当があり、徘徊、IVHのルーートを切断するなどといった行動異常を伴うものと考えがちである。しかし、これはせん妄に対する誤ったイメージであり、この認識では低活動型のせん妄を見逃す原因となる。せん妄の基本となるものは、意識レベルの低下である。精神症状の多寡はあくまでも副次的なものであることを認識しておきたい。

せん妄から回復した患者への調査報告では、活動性の有無、症状にかかわらず、苦痛を感じていた患者の多いことが指摘されている<sup>10)</sup>。

#### E. 診断

診断はDSM-IV診断基準やDRS (Delirium Rating Scale)<sup>11)</sup>等を用いる。DRSはせん妄の程度を経時的に検討する場合にも有効である。低活動型せん妄は見逃される可能性が高いので常に念頭に入れておく必要がある。

表 8-5. 在宅医療におけるせん妄の原因解明に必要な情報

現在の身体および精神状態の把握 (必須)	バイタルサインのチェック, 身体所見, 神経学的所見 食事摂取の程度 問診および認知機能検査による意識および精神状態の把握
病状変化の把握 (必須)	せん妄出現までの ADL 全身状態 (Karnofsky performance scale, ECOG performance status) 既往歴 (身体疾患, 精神・神経疾患, せん妄, 認知症, アルコール依存) 個々の薬剤投与開始時期および精神状態発現の時間関係
検査 (必要に応じて)	血液 (赤血球数, 白血球数, Hb, Ht) 生化学 (TP, Alb, T-Bil, D-Bil, BUN, Cr, Na, K, Ca, glu, GOT, GPT) 尿 心電図 動脈血酸素飽和度 動脈血ガス分析

注意: 上記は必須でない。全身状態を考慮し必要最低限の検査を行なうべきである。

## 鑑別診断

せん妄と臨症的に診断した場合は原因を特定するための検査を行う (表 8-5)。薬剤性が疑われる場合、薬剤の投与開始時期とせん妄発現の時間的経過について検討する。

電解質異常では、高カルシウム血症が多いので、血清カルシウム値は常にチェックしておくことが望ましい。

脳転移、がん性髄膜炎などもせん妄の原因となるため、神経学的な検索も行うべきである。

水分・栄養状態にも注意する。我々はせん妄を呈したがん患者でビタミン B<sub>1</sub> 欠乏が原因と思われる症例を経験した<sup>4)</sup>。がん患者では食欲低下、食事摂取量の低下が認められる場合が多く、ビタミンの欠乏をきたしやすいので特に注意する。

## 鑑別診断

### 1. 認知症

認知機能の低下を伴う点ではせん妄と共通しているが、せん妄は急性の脳障害、認知症は慢性の脳障害であり、病態は全く異なる。臨床的には発症経過が緩徐 (数か月から数年の単位) で、非可逆的であることがせん妄とは異なる。

表 8-6. せん妄, うつ, アカシジアの鑑別

	せん妄	認知症	うつ病
意識障害	あり	なし	なし
認知障害	あり	あり	なし
抑うつ気分, 興味・意欲の低下	なし	なし	あり
自覚的な着ち着きのなさ	なし	なし	時にあり
その他	入院前は 認知低下なし	入院前から 認知低下あり	身体症状の 訴えが多い

本人の ADL について介護者から聞いておけば鑑別の際に有用である。また、認知症では、通常意識レベルの低下は伴わない。

### 2. うつ病

抑うつ症状はせん妄患者にもみられる。抑うつつの併診患者のうち、約 4 割がせん妄との報告もあり、時に鑑別が困難なこともある<sup>7)</sup>。せん妄患者をうつと診断し、薬物療法を行うと、せん妄を悪化させることもあるため注意が必要である。

## 治療

### 1. 一般的事項

せん妄患者は、肺炎、褥瘡発生、死亡率が高くなるなど数々の合併症を引き起こすことが知られている。したがって、せん妄を疑った時点から、早急に原因検索、治療的介入を行うべきである。治療の中心は、せん妄を引き起こしている原因を除去または軽減すること、および合併症の予防である。同時に、環境調整および必要な場合には薬物療法を行う。

原因の除去、合併症の予防および意識レベルを回復させるための治療的介入は同時に行う。大切なことは治療により十分な睡眠を確保することで、これが得られないと治療に難渋する。十分な睡眠が得られたあとは日常生活リズムを再構築する。せん妄患者は全身状態が悪化していることが多いので、バイタルサイン、水分バランスのチェックは頻回に行う必要がある。

### 2. 原因の治療

せん妄患者の治療で最も大切なことは、せん妄を引き起こしている病態を除去・軽減することとである。原因の検索により特定が可能であり、かつ治療が



可能な場合には、その除去を行う。

薬剤性は原因として頻度が高く、多剤使用がせん妄の原因となることも多いので、使用されている薬剤の処方数はできる限り減らすことが望ましい。抗コリン作用を有する薬剤、ベンゾジアゼピン系薬剤は極力中止する。オピオイドが疑わしい場合、オピオイドローテーションを検討する。ステロイド、インターフェロンが疑わしい場合、減量または中止が好ましいが、治療との兼ね合いがあるので慎重な検討が必要である。

### 3. 保存的治療

せん妄治療において、環境調整はあまり省みられていない場合が多いが、感覚遮断がせん妄の誘発因子となるため、環境調整は重要である。主な目的は、患者に適切な刺激を与えることで、意識レベルを悪化させないことである。

不必要な刺激を避けるため、失見当予防のため、見やすいカレンダー、時計、慣れ親しんだものを部屋に置く。家族の写真などを置いておくことも有用である。部屋を暗くすると認知が低下するので、40～60Wの明るさに保つことが望ましい。また、適当な音楽は意識レベルを上げることができる。部屋の温度は、22～23度と低めに設定する。訪問スタッフはなるべく一定とし、最小限の人数で対応する。患者に話しかける際は、明瞭で簡潔な言葉を用い、了解しやすいように努める。

### 4. 薬物療法

抗精神病薬が第一選択である。代表的な薬物はハロペリドール（以下HP）である。この薬剤は、せん妄の諸症状に対し有効であり、原因治療の効果が発現する前に症状の安定をもたらす。また、HPは抗コリン作用、心血管系への負荷が少なく、活性代謝産物がないために使いやすい。

投与量は、症状により異なるが、経口摂取が可能な場合、0.75mg～10mg/dayであり、経口摂取が不可能な場合は静脈注射または点滴とする。筋肉注射は疼痛を伴い、悪性症候群を誘発する可能性があるため、できれば避けたい。

副作用としては、錐体外路症状（パーキンソン症候群、アカシジア）、急性ジストニア、まれに悪性症候群などがある。HPは循環・呼吸動態に影響を及ぼしにくい薬物であるが、心電図上QT間隔が延長する場合がある。

HPはせん妄症状の軽減に効果的であるが、錐体外路症状の発現率が高く、これら症状が治療の妨げになることも多い。これらに対応するため、近年では非定型抗精神病薬がせん妄治療に使用されるようになってきた<sup>12)</sup>。

HP以外の抗精神病薬では、近年、使用されるようになったリスペリドンがHPと同等の有効性を有するといわれている<sup>13)</sup>。リスペリドンは、錐体外路症状が少ないため使用しやすく、水溶液が市販されており、服用が容易などの利点がある。実際の使用法としては、0.5mgからはじめ、症状に応じて3mg程度まで増量する。副作用としては、パーキンソン症状、アカシジアに注意する。オランザピンはMARTAといわれ、錐体外路症状の少ないことが特徴である。口腔内崩壊錠があり使いやすい。副作用としては高血糖があり、特に投与初期には血糖値のモニターが必要である。糖尿病患者には禁忌である。投与は5mgより始め、症状に応じて15mg程度まで増量する。

薬物療法は、その利点と副作用のバランスを考慮して投与を行うようにしたい。（注 せん妄治療に使用される薬剤は、全て保険適応外である。）

## せん妄患者の経過と予後

せん妄は適切な治療がなされた場合、数日から、数週間、平均して10～12日で消退するが、1か月以上症状が継続することもある。

終末期患者でせん妄が出現した場合の予後は2週間程度のため、予後的なことを家族に伝えることが必要である。

せん妄症状が上記の治療で抑えられなため患者の苦痛が取りきれず、かつ予後が1週間程度と予想される場合は鎮静を考慮する場合もある。鎮静はその適応を慎重に考えて行うことが必要である。

## 家族のケア

患者が急につじつまの合わない会話を始める、ベッドから立ちあがる、IVHのルートを切断する、バルーンカテーテルを引き抜く、医療スタッフ、家族の助言に従わないで興奮してしまいうなどの言動に家族が対応できず、「この様人ではなかったのに」と驚き、落胆することが多くみられる。また、患者がいうことを聞かないと叱責する場合もみられる。このように、せん妄症状は家族の精神的苦痛と関連することが知られている。

家族に対しては、せん妄は本人が意図的に行動しているのではなく、意識の低下した状態であることを説明し、何らかの原因により生じていることを伝える。また、つじつまの合わない内容の言葉に対して無理に答えることや、叱責する必要の無いこと、ゆっくりと簡潔に話しかけることが効果的なことを伝える。

る。終末期せん妄で回復が困難と判断された場合には、その旨を家族に伝え、死への準備をしていただくことも必要である。

#### 文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al. : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer* 76 : 1131-1137, 1996.
- 3) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. : Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 22 : 997-1006, 2001.
- 4) Onishi H, Kawanishi C, Onose M, et al. : Successful treatment of Wernicke encephalopathy in terminally ill cancer patients : report of 3 cases and review of the literature. *Support Care Cancer* 12 : 604-608, 2004.
- 5) Meagher DJ : Delirium : optimising management. *BMJ* 322 : 144-149, 2001.
- 6) American Psychiatric Association : Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1999.
- 7) Farrell KR, Ganzini L : Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 155 : 2459-2464, 1995.
- 8) Lipowski ZJ : Delirium (acute confusional states). *JAMA* 258 : 1789-1792, 1987.
- 9) Inouye SK : The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients. *Am J Med* 97 : 278-288, 1994.
- 10) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A : The delirium experience : delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*. 43 : 183-94, 2002.
- 11) Trzepacz P, Baker R, Greenhouse J : A symptom rating scale for delirium. *Psychiatru Res* 23 : 89-97, 1988.
- 12) Bottger S & Breitbart W : Atypical antipsychotics in the management of delirium : A review of the empirical literature. *Palliat Support Care*. 3 : 227-237.
- 13) Han CS, Kim YK : A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 45 : 297-301, 2004.

〔大西 秀樹〕

**Original Article****Terminal Delirium: Recommendations from Bereaved Families' Experiences**

Tatsuya Morita, MD, Tatsuo Akechi, MD, PhD, Masayuki Ikenaga, MD, Shinichi Inoue, MD, Hiroyuki Kohara, MD, PhD, Tatsuhiro Matsubara, MD, Naoki Matsuo, MD, Miki Namba, RN, MA, Takuya Shinjo, MD, Kazuhiko Tani, MD, and Yosuke Uchitomi, MD, PhD

*Department of Palliative and Supportive Care (T.M.), Palliative Care Team (T.M., M.N.), and Seirei Hospice (T.M.), Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka; Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine (T.A.), Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya; Hospice (M.I.), Yodogawa Christian Hospital, Osaka; Palliative Care Unit (S.I.), Aki City Hospital, Hiroshima; Palliative Care Unit (H.K.), National Sanyo Hospital, Yamaguchi; Palliative Care Unit (T.M.), Kawasaki Social Insurance Hospital, Kanagawa; Department of Palliative Medicine (N.M.), Saitama Cancer Center, Saitama; Palliative Care Unit (T.S.), Shakaihoken Kobe Central Hospital, Kobe; Department of Palliative Care (K.T.), Fukuiken Saiseikai Hospital, Fukui; Psycho-Oncology Division (Y.U.), National Cancer Center Research Institute East, Chiba; and Psychiatry Division (Y.U.), National Cancer Center Hospital East, Chiba, Japan*

**Abstract**

*Although delirium is a common complication in terminally ill cancer patients and can cause considerable distress for family members, little is known about effective care strategies for terminal delirium. The primary aims of this study were 1) to clarify the distress levels of bereaved families and their perceived necessity of care; and 2) to explore the association between these levels and family-reported professional care practice, family-reported patient behavior, and their interpretation of the causes of delirium. A multicenter questionnaire survey was conducted on 560 bereaved family members of cancer patients who developed delirium during their final two weeks in eight certified palliative care units across Japan. We obtained 402 effective responses (response rate, 72%) and, as 160 families denied delirium episodes, 242 responses were analyzed. The bereaved family members reported that they were very distressed (32%) and distressed (22%) about the experience of terminal delirium. On the other hand, 5.8% reported that considerable or much improvement was necessary, and 31% reported some improvement was necessary in the professional care they had received. More than half of the respondents had ambivalent wishes, guilt and self-blame, and worries about staying with the patient. One-fourth to one-third reported that they felt a burden concerning proxy judgments, burden to others, acceptance, and helplessness. High-level emotional distress and family-perceived necessity of improvement were associated with a younger family age; male gender; their experience of agitation and incoherent speech; their interpretation of the causes of delirium as pain/physical discomfort, medication effects, or*

This study was supported by a grant from the Comprehensive 10-Year Strategy for Cancer Control Program of the Ministry of Health, Welfare, and Labour of Japan.

Address reprint requests to: Tatsuya Morita, MD, Department of Palliative and Supportive Care,

Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka, 3453 Mikatahara-cho, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japan. E-mail: [tmorita@sis.seirei.or.jp](mailto:tmorita@sis.seirei.or.jp)

Accepted for publication: January 19, 2007.

mental weakness/death anxiety; and their perception that medical staff were not present with the family, not respecting the patient's subjective world, not explaining the expected course with daily changes, and not relieving family care burden. In terminal delirium, a considerable number of families experienced high levels of emotional distress and felt some need for improvement of the specialized palliative care service. Control of agitation symptoms with careful consideration of ambivalent family wishes, providing information about the pathology of delirium, being present with the family, respecting the patient's subjective world, explaining the expected course with daily changes, and relieving family care burden can be useful care strategies. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:579–589. © 2007 U.S. Cancer Pain Relief Committee. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

#### Key Words

Palliative care, delirium, family, neoplasms, end-of-life care

### Introduction

Delirium or cognitive disorder occurs in 68%–90% of terminally ill cancer patients just before death.<sup>1–5</sup> Although cognitive impairment can sometimes be labeled as part of the “natural” dying process, delirium-related symptoms can cause great distress to both patients and family members.<sup>6,7</sup> According to one prospective observation study of 75 family members of delirious cancer patients, 76% of family members showed high levels of psychological distress as a result of the delirium symptoms.<sup>6</sup> A questionnaire survey involving 300 bereaved Japanese families revealed that more than two-thirds perceived all delirium-related symptoms other than somnolence as distressing or very distressing.<sup>7</sup> These results indicate that, given that one of the primary goals of integrated palliative care is to alleviate family suffering, active support for the family members of delirious terminal patients is of great importance.

Understanding the experience of families of delirious terminally ill patients is vital to explore effective care strategies. To our knowledge, however, despite many experience-based recommendations by palliative care specialists,<sup>8–11</sup> only a few studies have explored the actual experiences of families in the terminal stage.<sup>12–14</sup> Our previous qualitative study revealed that the families experienced various phenomena other than psychiatric symptoms, had a range of emotions, interpreted the delirium variously, and listed some specific useful support strategies in caring terminal delirium.<sup>14</sup> Although this study provides a potentially useful insight, generalizability is limited due to a lack of quantitative data.

The primary aim of the current study was thus to: 1) clarify the distress levels of bereaved families and their perceived necessity of care related to terminal delirium; and 2) explore the association between these levels and family-reported professional care practice, family-reported patient behavior, and their interpretation of the causes of delirium.

### Methods

This was a cross-sectional, anonymous, multicenter survey of the bereaved families of cancer patients who had been admitted to eight palliative care units in Japan. We mailed questionnaires to bereaved families in February 2006, and again in March 2006 to nonresponding families. If the families did not want to participate in the survey, they were requested to return the questionnaire with “no participation” indicated, and the second questionnaire was not mailed. The participating institutions were conveniently selected from 150 certified palliative care units. We acknowledged the potential sampling bias, but decided to use convenient institutions due to the practical difficulties of obtaining participants from all palliative care units, and because a relatively large number of patients can minimize the risk of sampling bias.

### Subjects

Primary palliative care responsible physicians identified potential participants following these inclusion criteria: 1) bereaved adult family members of an adult cancer patient (one family member was selected for each