

このようにrTMSを実施するためにはハード面での整備が必要となる上に、rTMS装置が臨床機器として認可されていないこと、rTMS治療が保険診療では認められていないことから、国内では普及していない。rTMS治療は臨床試験として実施せざるを得ないのが現状であり、実施施設も大学病院を中心に限定されている。

例えば、2011年3月現在でUMINにTMSの臨床研究を登録している医療機関は、杏林大学医学部（大うつ病性障害）、群馬大学医学部（感情障害・適応障害に起因する抑うつ状態）、和歌山県立医科大学（統合失調症）、大阪大学医学部（難治性神経因性疼痛）、福島県立医科大学（筋萎縮性側索硬化症、パー

キンソン病）、慶応義塾大学医学部（リハビリテーション、耳鳴）、神奈川県立精神医療センター（気分障害、血管性うつ病）、国立がん研究センター東病院臨床開発センター（薬物療法が困難ながん患者のうつ病）などである。

#### 文献

- 1) 松本英之, 他: 臨床神経生理学 39: 34, 2011.
- 2) Wassermann EM, et al: Electroencephalogr Clin Neurophysiol 108: 1, 1998.

#### 回答

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室長  
小川朝生

## 「怒る」患者——隠れているせん妄を見つける

小川朝生 独立行政法人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

がん治療のあらゆる段階を通じて、患者は様々な精神症状に悩まされる。患者を苦しめる精神症状にはせん妄や抑うつ、不安などがあり、実に患者の2人に1人は何らかの精神医学的問題があるといわれる。

精神症状に悩まされるのは患者だけではなく、患者を支える医療者も同様である。転倒・転落や点滴抜去を起こすせん妄状態の患者、告知によるうつ状態から治療を拒否する患者、病状を受け入れられずに医療者に怒りを向ける患者などなど……。精神症状はあらゆる場面で、顔を変えて現れてくる。このよ

うな精神症状に対して、適切な治療とケアの指針を示す専門領域が精神腫瘍学（サイコオンコロジー）である。対応が難しいと思われる場面であっても、その原因となる精神症状が何かを明らかにすることにより、混乱した場面の解決の見とおしを立てることができる。

本連載では、臨床でしばしば遭遇し対応が難しいと思われる場面を紹介しながら、精神症状のアセスメントを通じて、見とおしをどのように立てていくのかを一緒に考えていきたい。

### 事例

### 夕方になるとキャラの変わる患者

患者：Aさん、65歳、男性。

現病歴：喉頭がん（stage III） 既往歴：本態性高血圧、糖尿病、脳梗塞（現在は麻痺はなし）。

喫煙歴：40本/日を50年。 飲酒：日本酒5～7合/日。

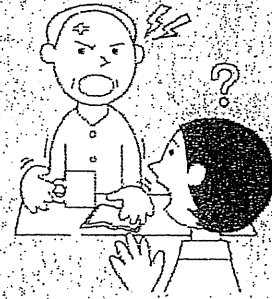
X年3月、Aさんは嚥下時の違和感を自覚した。近くの内科を受診し感冒との診断を受けたが、1か月経っても症状が改善しなかった。痛みで食事を摂るのもつらくなってきたので、耳鼻咽喉科を受診したところ悪性腫瘍の疑いを指摘されて、同年4月に総合病院頭頸部外科を紹介受診した。組織診、頸部MRIの結果、上記診断を得て、同年5月に放射線化学療法目的で入院となった。

入院時には、「先生からは酒とたばこのせいだと言われました。なっちゃったんだから仕方がないですね。もう、【まな板の上の鯉】です。お任せして治療に励まなきゃね。病院に慣れていなくて申し訳ないですけど、よろしくお願いします」と穏やかに挨拶をされた。同室の患者ともニコニコと話をした。病棟スタッフとの関係もまずまずで、冗談を交えながら会話を交わっていた。楽しみの宴酒が飲めないこともあり、不眠がちであったが、「まあ仕方がないわな」とそのまま様子を見ていた。

入院して5日ほど経った頃より、面会の妻が帰った夕方くらいから、イライラとした様子を見せるようになった。ナースコールが鳴り看護師がヘッドサイドに行くと、「どうして来ないんだ！ 呼んだらすぐ来い！」「遅いんだよ！ 飛んで来いよ！ 何をしているんだ！」と怒鳴り、机の上の物をあれこれ落ち着きなく触り続けた。看護師が「遅くなってごめんなさい。どうなさいました？」と謝りつつ尋ねたところ、「見たらわかるだろ！ 何をみてるんだ！」と言う。「何かお手伝いしましょうか？」と声をかけたが、「ぼけっとしてないで、すぐに動くんだよ！ 言われなくてもやれ！」「見てわからんのか！ さっさと持ってこい！」と

怒り続けた。

対応に困った病棟スタッフは上司に相談した。病棟カンファレンスを開いたところ、どのスタッフが対応しても怒った様子であることがわかった。ふだんは穏やかであることから、Aさんの気に障ることがあったのか、対応をどうするかが話し合われたが、Aさんの気分を損ねるようなきっかけはわからなかった。面会時間の後に怒ることが多いことから、「家族と会って、入院していることに焦っているのではないか」「妻との仲が良くないのではないか」などの意見が出たが、はっきりしなかった。



「怒り」に対しては「つらさ」を傾聴することで対応した。

次の日もナースコールが鳴ったので、担当看護師が病室に伺った。「怒り」に対して「つらさ」を理解しようと熱心に傾聴した。しかし傾聴すればするほど、「何ぼ一としてるんだ!」「俺を笑ってるのか!」とますます激しくなってしまった。

### 「怒る」患者への対応

「怒る」患者にどのように対応したらよいのか、悩む医療者は非常に多いのではないだろうか。なかには、激しい罵声を浴びせられたことにより深い心の傷を負い、臨床の場面に立てなくなる医療者もいる。患者の「怒り」に反応して、医療者が怒ってしまい、不幸な治療関係の結末に至る場合もある。「怒り」に適切に対処することは、患者のみならず医療者にとっても必要な技能である。

「怒る」患者と相対したとき、あなたはどのように考えるだろうか？

「怒り」のきっかけを探したり、「怒り」を鎮めるために傾聴しようとしたりするだろうか。あるいは、無難に収めようと謝るだろうか。

### 「怒り」を考える前に評価したいこと

「怒り」というと、すべてが心理的な反応（すなわち、自分の希望どおりにならない不安や喪失体験に対する情動的な反応）ととらえがちである。たとえば、がんの医療に携わる医療者であれば、患者が怒りを示すと「病気を受け入れられなくて、周りにあた

っているのではないかと「医療者の対応が気に入らなくて怒っているのではないかとそのまま受け取りがちにもなる。「とりあえずこの場を早く済ませたい」という気持ちについつい流されがちではなかろうか。

人間の情動なり思考を扱う場合に、医学的に忘れてはならないことがある。それは、気分や思考が正しく機能するためには意識が保たれていることが前提である、ということである（図）。

ヒトは、脳の機能が保たれている（意識が保たれている）ことで、周囲の状況を認識し、感じとり、考えることができる。もしも意識が障害されれば、そ

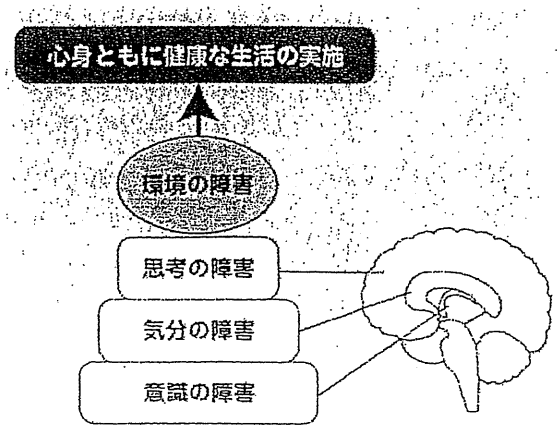


図 意識と気分、思考の関係

の上に乗っている感情や思考も歪み、正しく認識されなくなる。意識の障害がなければ、「怒り」は心理的な反応と考えることができるが、もしも意識が障害されてその結果感情が歪み、「怒り」のような反応が見えているとすれば、われわれが対応しなければならないのは、心理的な感情ではなく、患者を苦しめる本体である意識障害ということになる（表1）。

ここで事例を振り返ってみると、いくつかポイントが浮かび上がる。1つ目は夕方から怒り出すという症状の動揺がある点、2つ目は行動にまとまりがなく、集中力・注意力が続かない様子が見られる点、3つ目は睡眠リズムの障害（夜間不眠）がある点である。これは軽度の意識障害であるせん妄の症状である。

### 軽度のせん妄の症状を見落とさない

教科書や臨床マニュアルで「せん妄」を調べると、幻覚（幻視）や妄想、精神運動興奮を伴う意識の変容状態とまとめられていることが多い。しかし、臨床

表1 「怒る」患者のアセスメント

<p>1. 認知機能障害の評価（せん妄や認知症、認知機能障害の有無を確認する） 臨床では、夕方から性格が変わったかのように怒る場合には、背景にせん妄があることが多い。</p> <p>2. 現実検討能力（今の状況をどのくらい理解できているのか）の評価</p> <p>3. 暴力行為にエスカレートする可能性がないかどうかの評価</p> <p>4. 患者を混乱させる要因がないかどうかの評価</p>
--

で観察される頻度をもとに考えると、幻視や妄想を伴う症例は約40%に留まる。つまり、幻視や妄想に注意をしてもせん妄の半数以上は見落としてしまうことになる。

臨床上、せん妄を発見するための重要なポイントは、せん妄の中核症状である注意力障害を確実に見きわめる点に尽きる。特にせん妄の初期（前駆状態）では、軽微な注意力障害に、不安やとまどい、落ち着きのなさが重なることが多い。不安や怒りなどの感情の変化があること、しかもそれが夕方から現れる（臨床スタッフは、人が変わったかのように怒る、キャラが変わると感じる人が多い）ことは、心理的な反応ととらえる前に、まずせん妄の有無を評価したい（表2）。

### 対応の実際（その後の経過）

Aさんの対応方法が難しいとのことで、精神科医に相談があった。

病棟スタッフと精神科医でまずカルテを振り返った。入院時から不眠があり、3～4日目より日中の傾眠傾向と夜間の不眠（昼夜逆転）が続いていることが明らかになった。日中の様子を振り返ってみたところ、朝から昼過ぎにかけては応答もスムーズで会話もまとまっていたが、午後4時を過ぎる頃から応答があいまいになり、まとまった会話が難しい様子であることも明らかになった。

日中に精神科医が診察に伺うと、穏やかに挨拶された。「病棟スタッフが、夕方にAさんが不安で落ち着かない様子があって心配されていますが、ご自身でお気づきのことや困られていることはありませんか？」とこの数日のエピソードを確認

表2 せん妄を早期に見つけるためのポイント

- ◎せん妄が顕在化する2,3日前から軽い意識障害が先行している(せん妄の前駆状態)
- ◎せん妄の前駆状態では、注意力が障害されるため、患者は周りの状況を把握できなくなっている。  
そのため、不安や落ち着きのなさが観察される。
- ◎臨床での特徴
  - 患者の表情の変化：(不安、とまどいのある固い表情)、視線が宙を遊ぶ、落ち着きなくきよきよと見回す
  - 会話の変化：会話に集中できない、反応が鈍い、混乱している、会話にまとまりがない
  - 急激な気分・態度の変化：急に怒り出す、急に怯える
  - 行動の変化：まとまりのない行動、動作が鈍い、繰り返す失敗、同じ動作を繰り返す(立ったり座ったりを繰り返す、扉の開け閉めを繰り返す、荷物の上げ下ろしを繰り返すなど)

したところ、Aさんはほとんど覚えていなかった。見当識を確認するために現在入院している病院の名前や日付を確認したところ、病院の名前は言えたが日付は答えられなかった。注意力を確認するためにシリアル7(100から7を連続して引いた数字を答える)を実施したところ、2施行目で失敗した。簡易認知機能検査のMMSEの結果は30点中20点で、軽度の認知機能障害を認めた。

同じ日の夕方に再度訪室した。精神科医が声をかけたところ、「だれだ、お前は！呼んだらすぐに来い！」と怒鳴った。昼間に会ったことを尋ねたがAさんは覚えておらず、精神科医の顔も覚えていなかった。

診察の結果から、Aさんは明らかな注意力の障害、見当識の障害があること、1日のなかで変動をしていることからせん妄を疑った。「怒り」は、認知機能の障害に重なって生じていることからせん妄の症状の一部と判断した。病棟スタッフ

と担当医、精神科医を交えて状況を確認し、治療を進めるためにもせん妄の治療・対応を進めることとした。せん妄の原因を評価したところ、準備因子として脳梗塞の既往、環境因子として不眠、直接要因として肺炎(軽度)、脱水(軽度)、貧血を認めた。

担当医より誤嚥性肺炎に対して、抗菌薬の経口投薬を行い、精神科医からはリスパダール<sup>®</sup>(1mg)1錠 1日1回夕食後の指示を出した。病棟スタッフは、①昼夜のリズムを確認するために夜間の入眠状況を観察するとともに、②感染徴候・呼吸器症状、食事摂取・水分摂取を確認する、③日中の覚醒を促すための働きかけを行う、④定期的なせん妄症状の評価(見当識の評価、注意力の評価)を繰り返すこととした。

対応を開始して2日目からは夜間の睡眠が確保できるようになった。3日目からは夕方の焦燥感も徐々に消え、スタッフともまとまった会話ができるようになった。

## せん妄を家族に説明する

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院  
臨床開発センター、精神腫瘍学関係部

前回は、せん妄をできるだけ早期の段階で見つけるための話をした。せん妄は臨床で当たり前のように生じる精神症状でありながら、見落としや治療・対応への誤解も多い。精神症状をどのように評価し

たらよいか、どのように対応するとスムーズなのか、そのちょっとしたコツを知るだけで、臨床での苦勞を減らすことができる。今回は、家族への説明について一緒に考えていきたい。

### 事例

### モルヒネの使用を拒否する家族

患者：Bさん、60歳代、男性。

現病歴：右肺扁平上皮がん、stage IV (対側肺転移、縦隔リンパ節転移、胸水貯留、椎骨浸潤)

X年11月頃より咳嗽や痰がみられ、12月には発熱が数回あったが、仕事が忙しいこともあり市販の感冒薬で対応をしていた。翌年2月には胸背部痛が強くなり、市販の鎮痛薬でもとれなくなった。整形外科を受診したところ、胸部X-Pで右肺野の異常陰影を指摘され、同月総合病院呼吸器内科を紹介受診した。気管支鏡および胸部CTで、右下垂の肺扁平上皮がん、対側肺転移、縦隔リンパ節転移、胸水貯留、椎骨浸潤と診断された。

担当医より進行肺がんであること、手術の適応はないこと、治療方法として抗がん剤があるが全身状態が安定してからではないと難しいとの説明があった。治療方針としては、まず疼痛を緩和し、合併している肺炎を治療すること、全身状態が安定したところで抗がん剤治療を開始することとなった。説明はBさんとその妻、長男の同席で行われたが、家族は非常に焦った様子であった。

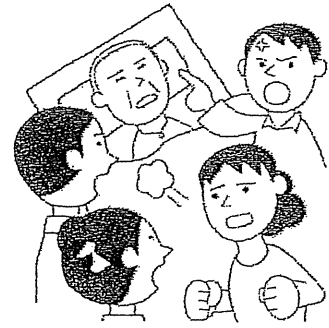
背部痛が強く眠ることも難しかったこと、38℃台の発熱が続いていたことから、症状を緩和するために緊急入院となった。入院時点ではほぼ1日臥床している状態で、座ろうとするだけでも顔をしかめ、ゆっくりと手をつきながら起き上がるのがやっとであった。座り続けることが難しかったため、家ではほとんど食事を摂れていなかった。

背部痛を緩和するために担当医はオピオイドの使用を考えた。付き添った家族は、疼痛緩和にオピオイドを使うことに対して、「もうモルヒネを使うのですか？もう治療もできないのですか？」と驚いた様子であった。しかし、「痛みが和らげば、がんの治療も始められるから」との担当医の説得もあり、不安を感じつつも了解した。経口投与が困難であったこと、速やかに症状を緩和することを考えて、塩酸モルヒネの持続皮下注を開始した。塩酸モルヒネを1mg/時から開始し、2.5mg/時まで増量したところで、疼痛はNRS (numerical rating scale: 数値的評価スケール) で10から5まで低下した。

Bさんが寝入った様子であったので、家族も荷物を整理するために帰宅された。その日の夜半頃より、Bさんはそわそわと落ち着かない様子になった。「息子が迎えに来たから帰る」と言って病棟から出ようとし、慌てて止めに入ったスタッフに「何の権利があって俺を止めるんだ！」と興奮して叫んだ。「大事な会議に呼ばれているから、すぐに行か

なければいけない」と言いつつ、「みんなが俺の悪口を言って追い出そうとしている」と泣き出したりと、会話も行動もまとまりがなかった。当直医がよばれて説得をしたが頭として聞き入れず、壁を叩くなど興奮したため、やむを得ず家族をよび出した。

当直医が現在の病状を家族に説明したのち、「本人が帰りがって落ち着がないのでこのままでは治療ができない。家族が24時間付き添わないと入院はできない」と話したところ、家族は「治療もしていないのにモルヒネを使ったから呆けてしまった。家族はだれもモルヒネを使うことを望んでいなかったのに……。モルヒネをすぐに止めてがんの治療をしてほしい」と怒り出した。



## せん妄を家族に説明する

せん妄への対応は幅広い。患者の安全を確保しつつ、治療を開始することはもちろんであるが、スタッフが最も気を遣い、また対応に悩むことに「家族にどのように説明するか」がある。家族からしてみれば、数時間前まで普通に会話をしていた患者が、突然意志の疎通が図れなくなることに直面することになる。家族の動揺は非常に大きく、医療者への怒りを表す場合もある。一方、ケアを考えた場合に、家族ほど患者を安心させる存在はなく、家族の協力は欠かせない。あなたはどのように家族に説明し、協力をお願いするだろうか？

## 家族が動揺する理由

家族への説明を考えるうえで、「家族はどうして動揺するのか」を考えてみよう。

せん妄の患者を目の前にしたとき、家族が感じる不安には次のようなことがある。

- 患者がどうなってしまったのかわからないという気味の悪さ。身体の状態が悪いことが精神症状として現れるということが腑に落ちない。
- 患者とコミュニケーションがとれないので、患者にどのように接してよいのかわからない(つじつまが合わないことを言う患者に、黙って従うほうがいいのか、無理に止めてでも正したほうがいいのかわからない)。
- ひょっとして呆けてしまったのではないかと、精神病にかかってしまったのではないかと。
- オピオイドに対する陰性の感情(モルヒネは呆けさせるための薬、寝かせるための薬との誤解はいまだに多い)。
- 痛みがとれないから錯乱したのではないかと。
- 「がん」という病気に対する不安で押し潰されてしまったのではないかと。
- 無理矢理入院させて化学療法を受けさせたから、耐えられなくなったのではないかと。

特に、せん妄状態のなかで疼痛を訴える場合、家族は「患者が適切な治療を受けられていないのではないかと」疑いをもつこともある。担当医との信頼関係が崩れてしまい、治療に影響するこ

ともあるので、家族が何に不安を感じているのか、どのようなことを恐れているのかをたずねることも大事である。

### せん妄を家族に説明するときのポイント

せん妄を家族に説明するときは、前述したよう

に、まず家族が不安に感じるのはどのような点なのかを直接たずねて確認する。そのうえで、家族の不安を取り上げ、家族がどのように考えたらよいのか、またどのように患者と接したらよいのか、家族が理解し行動できるように具体的に説明をする。

参考までに家族への説明例をあげる(表)。

表 家族へのせん妄の説明例



#### せん妄は身体の異常が原因で生じている症状であることを説明する。

- ・いまの〇〇さんのように、つじつまの合わない話をされたりする症状を「せん妄」といいます。「せん妄」は熱が出たり、からだの水分が減ったり、からだの中の塩分が不足したときに、脳がうまく働かなくなって生じる症状です。一見、こころの問題のように見えますが、原因は身体の調節がうまくいかないことにあります。
- ・呆けてしまったとか、精神病になってしまった、というものではありません。「こころの持ちよう」とか「気が弱いから」なる症状でもありません。



#### せん妄の症状について具体的に説明する。

- ・せん妄は脳がうまく働かないために注意が持続しません。そのため、周りの様子が正確に把握できず、会話や行動がまとまらずにつじつまの合わないことを言ったりします。時には、見えていないものが見えているように行動したり、「どこにいて、何をしているのか」がわからずに混乱したりします。
- ・からだ十分に休めないために昼と夜が逆転し、夕方になると不安になりそわそわと落ち着かなくなります。立ったり座ったりを繰り返したり、何度も声をかけてきたりします。入院中の患者10人に3人ほどがどこかでせん妄を生じます。決してまれなことではありません。
- ・集中を持続させることはかなり力を要します。いまは脳が十分に働かない状態ですので、繰り返し説明をしても理解することは難しいのです。



#### せん妄の原因について説明する。

- ・せん妄はからだに負担がかかった場合に生じます。熱が出たり、水分が足りなくなった場合に生じますし、手術や大きな処置の後にも生じることもあります。また、からだに余裕がないときに、薬が負担になって生じることもあります。たいていの場合は、いくつかの要因が重なって生じることが多いのです。



#### 特にオピオイドに関しては家族の不安に配慮をした説明をする。

- ・がんの治療をされている患者の場合、いくつかの要因が重なった場合にせん妄を生じることが多いです。「麻薬の使用」だけでせん妄になったものではありません。痛みもせん妄を悪くする要因になります。オピオイドを単に



減らすと痛みが出てきて、かえってせん妄が悪化する場合がありますので、オピオイドをこのまま使い続けながらせん妄の治療を進めましょう。どうしても薬が合わない場合には、オピオイドの種類を変えることで、痛みを出さずにせん妄に対応することができます。

### せん妄の治療の見とおしを伝える。

- ・せん妄は脳がはたらかずに注意が続かない状態です。このような注意力や判断力を回復させることを目標に抗精神病薬という薬を使います。この薬は寝かせるために使っているわけではありません。
- ・せん妄はからだの水分が少ないことが負担になって生じていますので、からだの水分を補いつつ、脳の機能を回復させるような治療を進めていきます。治療が進むと2, 3日のうちに徐々に夜眠れるようになります。眠れるようになれば、昼間の会話も徐々にまとまってきて、ご家族とお話もできるようになります。

### 家族の苦労をねぎらう。

- ・ご家族の方もどのようなことが起こったのだらうと心配されたかと思います。お疲れではないでしょうか。無理をせず、まずはお休みください。

### 家族がどのように接するのがよいのかを話し合う。

- ・周りの様子が正確に把握できないために不安になったり、混乱したりすることがあります。身近な物や家族の顔を見ると、混乱されたなかでもしっかりとわかります。ご家族がそばにお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ても、無理に合わせる必要はありません。また、無理矢理直す必要もありません。

### 家族も参加できるケアを提案する。

- ・そばにいてだけで何をしたいのかわからない、話しかけられたらどうしようとお困りになるかもしれません。ふだんどおり〇〇さんに声をかけていただき、軽くからだをマッサージするだけでも安心されます。
- ・昼と夜のリズムを整えるために、昼と一緒に散歩に出かけられてはいかがでしょうか。

以上、せん妄を家族にどのように説明するかをまとめた。せん妄を発症するときは、身体的にも重篤なときである。今後どのような治療方法を選択するのか、あるいは入院を継続するのかどうかを選択しなければならないことも多く、

家族には患者の代理として意思表示を求められる負担もある。治療の成否だけではなく、患者・家族が「自分たちの希望を聞いてくれた」と安心して信頼を得るためにも、十分に時間をかけて家族の不安に対応することが重要である。日頃の臨床の参考になれば幸いである。

## せん妄と認知症の症状の見分け方

小川朝生

東京行基法人国立がん研究センター がん予防・検診・診断部  
腫瘍内科 がん治療 精神神経学 副部長

多数の高齢者がいる病棟では、せん妄患者への対応に追われる一方、認知症患者の対応にもてんでこまいになることがしばしばある。数からみれば、せん妄は入院患者のおよそ30%に出現する。認知症も65歳以上の10～15人に1人は存在することになるので、入院患者の平均年齢が70歳を超える病棟（定員50名）を考えると、軽度の認知症を含めて5人はいる計算になる。

せん妄と認知症は、どちらも術後合併症の増加、転倒転落のリスク、退院調整が必要という点で、看護アセスメントが重要である。できれば入院初期に

気づきたいが、ふだんの様子が変わらない状況で見つけるのが大変な点も共通している。気がつけば点滴抜去や転倒を生じていて、慌ててアセスメントすることが多いのではないだろうか。夜間に興奮したり、点滴ルートが抜かれたり、対応を考えなければならない慌ただしい状況で、その症状がせん妄なのか、あるいは認知症なのか、アセスメントに苦勞したことはないだろうか。

今回も事例を通じて、せん妄と認知症の症状の見分け方について考えてみる。

### 事例

患者：Cさん、70歳代、女性(独居)。現病歴：大腸がん術後

X年6月、Cさんは下血が数回あったがそのまま様子を見ていた。同年8月頃より、立ちくらみがあり横になることが多くなったため、心配した娘に強く勧められてA病院を受診した。採血でHb 6.5g/dLと強い貧血があり、詳しく問診をしたところ下血のエピソードらしきことをCさんが話し始めた。後日、大腸内視鏡検査を実施したところ、上行結腸に腫瘍を疑う隆起病変を認めた。担当医はCさんと娘に病状を説明し、貧血を補正した後に手術をすること、手術は2回に分けて実施し、一時的にストーマを造設することを説明した。Cさんも娘も了解し、同年10月に入院し、腫瘍の切除とストーマ造設術を行った。術後も経過は良好であった。ストーマの管理はCさんには難しかったため、娘が対応することとし、10月下旬に無事退院となった。

退院後もまずまず順調であったが、11月中旬頃より元気がなくなり、自宅で横になることが多くなった。11月下旬のある日、娘が会社から帰宅するとCさんがぐったりして動けなくなっていたため、娘が慌てて病院に連れて行き、そのまま精査のために入院となった。

Cさんは入院当初ぐったりとして、声かけにも反応が乏しく、目を開けるがすぐに閉じてしまう様子であった。体温 37.4℃、呼吸数 14回/分、SpO<sub>2</sub> 92%、BP 96/60、HR 90/分であった。口唇は乾燥し、尿は濃縮していた。入院時間が遅かったため緊急の採血だけを実施して、細かい検査は翌日行うことになった。脱水がひどかったた

め、まず1号輸液を使って補液を始めることになった。ルートを確認し、バルーンを留置した。Cさんも寝ている様子だったので、そのまま大部屋の様子を見ることになった。

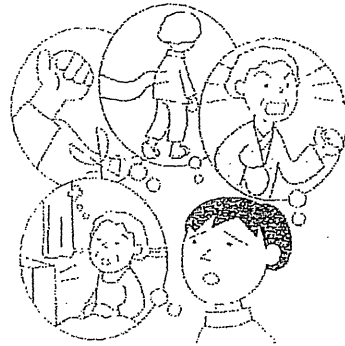
しかし、その晩が明ける頃より、Cさんは急に落ち着かなくなり始めた。「買い物をしなければ夕飯が間に合わないから」とベッドから離れようとし、どこで見つけてきたのかはさみを使ってルートを切断した。バルーンも抜去し、ナースステーションの前をエレベーターに向かって歩いているところを発見された。慌てて処置室で手当し、説得してそのまま処置室で過ごしていただいた。

次の日の日中はナースステーションで経過をみることにした。日中は車いすに座って折り紙をして過ごし、声をかけると「どこの方が知りませんが、ご丁寧にありがとうございます」と返事をした。担当医が診察をしたところ、所見としては脱水が主な徴候であった。おそらく自宅での水分の摂取が少なかったことが原因と考えられたが、Cさんに尋ねても、「娘に任せていますので……」とよくわからないようだった。

疲れた顔の夜勤スタッフから申し送りを受けるとともに、あなたは看護計画を立案するよう頼まれた……。

このように、入院を受け入れていきなり徘徊や点滴抜去などのいわゆる「問題行動」と言いたくなるような症状が現れた場合、そのアセスメントや今後のプランニング対応をどのように考えるべきだろうか。あなたならばどのような点に注目するだろうか。

アセスメントを進めるうえで、最初に頭に浮かぶのは次の2点である。



- ①入院してから起きた夜間の興奮や点滴抜去、徘徊は何が原因で生じているのか。今晩や今後も同じような症状が続くのならば予防を含めた対応を考えなければならない。
- ②このような不適応行動がこれからも続くのかどうか。退院後も続く可能性が高いのであれば、不適応行動への対応を考えてあらかじめ訪問看護を導入するなど、地域連携を含めた退院支援を考えなければならない。

この2点の問題を明らかにするための勘所は、「この症状が入院してから起きたせん妄なのか、あるいは入院前から続いている認知症なのか」をはっきりさせることにある。

## せん妄と認知症

せん妄と認知症は、どちらもつじつまの合わないことを言ったり、急に興奮したり、物忘れが目立ったりする。同じ疾患と誤解されることも多く、「入院したら認知症になりました」とか「せん妄はもう治らない」と思われることもしばしばある。

まずはこの2つの疾患について整理してみよう(表)。

せん妄と認知症を比べると、いくつか異なる点がある。一番大きな違いは、「せん妄は意識障害であるのに対し、認知症は意識が障害されない」点である。そのため、症状の現れ方も異なる。具

体的には次のようになる。

①せん妄の症状は数時間で変動することが多いのに対し、認知症の症状は変動がないこと  
 ②せん妄は幻視が目立つことに対して、認知症は幻視は目立たないこと(ただし、認知症にせん妄が合併することもある)



一日のなかでの症状の変化を観察する

また、せん妄は身体疾患に関連して症状が出現するため、通常、数時間から数日あたりで症状が目立ってくる。一方、認知症は、脳の神経細胞が徐々に変性して脱落していくことが原因であるため、症状が目立つまでには数か月から数年の期間が必要になる。そのため入院までの経過を知ることにより、せん妄なのか認知症なのかを見分けるきっかけをつかむことができる。

たとえば、目の前の症状だけではなく、「入院する前はどうか」「自宅ではどのように過ごしていたのか」「前回の入院の様子はどうか」を尋ねたり、「身体の調子が悪かったときにどのように本人が考えていたのか、どのように

対応をしてきたのか」など丁寧に病歴を尋ねることにより、「いつごろから、症状が目立ち始めたのか」を知ることができる。



入院前の生活を踏取する

では、この事例を振り返ってみよう。

まず入院してからの症状と経過を取り上げると、入院時は脱水傾向と傾眠(軽い意識障害)があった。脱水を補正すると意識レベルは改善し、同時に点滴抜去などが認められた。ここだけを見ると、せん妄と認知症の区別は難しそうである。

次に日中の様子を見ると、折り紙を折ったり、声かけに反応するなど、意識レベルは保たれている。しかし、「どこの方が知りませんが……」など“取り繕い”を疑う対応(周囲の状況を十分に把握していないために場当たりの対応)をしている。つまり、意識レベルの変動は目立たない一方、昼夜を問わず記憶力や判断力が低下していることがわかる。

さらに入院前の病歴を振り返ってみると、

表 せん妄と認知症の比較

	せん妄	認知症
意識	障害される	清明
原因	身体疾患や薬物	脳の神経細胞の変性と脱落
発症	数時間から数日	数か月から数年
経過	一過性	持続
症状の変化	あり(特に夕方から夜間にかけて増悪する)	目立たない
知覚の障害	幻覚(特に幻視が多い)・錯覚	目立たない
備考		認知症にせん妄が合併することもある

- ① 下血が数回あったがそのまま様子を見ていたエピソードがあること
- ② Cさんが下血のことをあまり記憶していないこと
- ③ Cさんにはストーマの管理が難しかったこと
- ④ 前回の退院の後に脱水を発症するなど、セルフケアが難しいこと

など、いくつか気になる点があげられる。

たとえば、下血があれば普通驚くだろうし、それを繰り返せばどこかで診察を受けるなどの対応をするのが一般的だろう。また、ストーマの管理も高齢者には難しい面はあるが、退院までにセルフケアができないとしたら、ストーマの管理はもちろんのこと、「日常生活は本当に大丈夫だろうか」と心配にならないだろうか。

このあたりの情報からすると、入院してからのCさんの反応は、症状の重症度はともかく入院前から続いていたのではないかと考えるのが自然だろう。となると、症状の出現は大腸がんの発見より前にさかのぼることになる。せん妄と考えるよりも認知症としてアセスメントを進めたほうがよいこと、さらに今後の退院を考えるにあたり、認知症を前提にした退院支援や社会資源の導入を早急に考えたほうがよいとも判断できる。

## 事例のその後

Cさんにその後も補液を継続した。採血や胸部X線も確認したが他の大きな問題は認められず、脱水が主因と判断した。認知症状の簡易評

価方法である認知機能検査(mini mental state examination: MMSE)を実施したところ、16/30と軽度から中等度の認知症を発症していることが疑われた。

Cさんに自宅での生活について確認したが、はっきりと答えられなかったため、娘に状況を確認したところ、1年ほど前から物忘れが目立つようになり、家事が億劫で手をつけなくなっていた。娘自身も仕事が忙しく、日中はCさん一人で過ごしていた。

食事については、娘が朝に作っておいたものを、Cさんは昼・夕食に適当に食べていたとのことであった。退院してからはストーマの管理も娘が行っていたが、日中は仕事のため行えず、帰宅してから行っていたこと、娘の留守中にストーマ袋がはずれてしまうことが続いたこと、「水分を摂るとストーマから水が出る」とCさんが気にして水分摂取を避けていたことが明らかになった。

娘の了承を得て精神科にコンサルテーションを依頼した。頭部MRIを撮ったところ、海馬周辺の萎縮を認め、アルツハイマー病の可能性があるとのことであった。担当医は病棟と情報を共有し、介護保険の申請を勧め、訪問看護の導入を含めた退院支援のプランを作成することとなった。

せん妄と認知症の症状の見分け方について、簡単ではあるが解説をした。どちらも退院に向けて念入りな計画を立てることが重要である。臨床のヒントとなれば幸いである。

# せん妄患者への声のかけ方

小川朝生 独立行政法人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

せん妄は臨床で広く出現する症状である。せん妄に関連した話題も幅が広い。これまでは治療や痛みに関連した話題を取り上げてきた。今回はより一般

的になるが、せん妄患者にどのように接するか、声をかけるかという、基本ではありながら意外と触れられることの少ない話題を取り上げてみたい。

## 事例

## 幻視と興奮が見られた患者

患者：Eさん、60歳代、男性。

現病歴：膵がん(stage IV)

X年2月頃より腰痛が出現した。倦怠感が次第に強くなり、発熱とともに黄疸も出現したためA総合病院を受診した。腹部CTでは、胆管の拡張とともに膵頭部の腫瘤、腹水貯留を認めた。担当医は胆管炎を併発した膵がんを疑い、減黄術を行うために緊急入院を指示した。

入院して経皮経肝胆管ドレナージ(PTCD)を施行し、抗菌薬の点滴が開始された。背部痛も続いて眠れない様子であったため、塩酸モルヒネの持続静注を開始した。モルヒネ静注12mg/日から開始をしたが、疼痛が緩和しなかったため36mg/日まで増量した。疼痛は徐々に改善したが、眠気のためが日中うつらうつらとするようになった。

入院4日目の夕方に39℃台の熱発とともに、そわそわと落ち着きがなくなり、「会議に遅れてしまう」とベッドから立ち上がろうとしたり、部屋の中をぐるぐると歩き回るようになった。夜勤帯に入ると「ゴキブリが迫ってくる」「外の景色が変わってしまった、飛行機で拉致された」と活発な幻視を疑う言葉が続き、興奮を伴うようになった。「閉じ込められている」とおびえた様子もあったため、心配した看護師が個室に誘導して休ませようとEさんの背後から声をかけて手を握ったところ、「捕まえるのか!」と興奮し始めた。



## せん妄発症時に患者はどのような体験をしているのか

医療者はせん妄患者への対応を考える際に、転倒を防止する、ルートの抜去を予防するなどの医療安全の面を考えがちである。患者が落ち着かない様子であったり、行動にまとまりがなく危うい印象があると、「まず危険を避けないと、除かないと」と第一に考えて行動する。これは当然なことであり、大事な点である。

しかし、患者にはどのように映るだろうか。せん妄発症時の患者の体験をインタビューした研究は少ないが、研究での聴き取り調査や小説に書かれたせん妄の体験をたどると、患者は場面が次々と変わったり、突発的に物事が生じたり、得体の知れないものが急に迫ってきておびえたりといった体験をしていることがわかっている。

これは病態や症状の点から考えると、せん妄の本体である注意力障害(ある一つのことに注意を向け続けることができない、いくつかのことにそれぞれ注意を配分することができない)を体験していることと重なる。

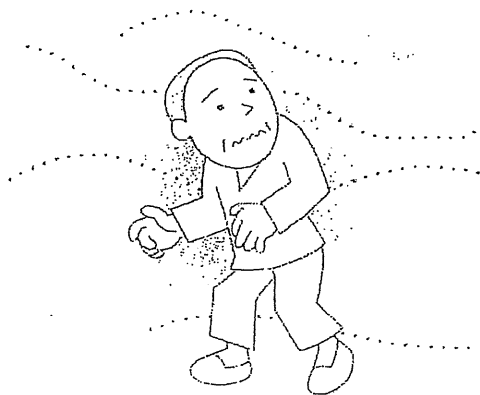
このような注意力障害がある場合には、患者の視点から見ると、前後の脈絡がなく物事が起こるといふ予想の立たない恐怖に晒されていることになる。ごくごく一般的に「もしも自分自身がこの異常な世界を体験したらどのように感じるか」考えるだけでも、その恐ろしさ、心細さは想像できるだろう。

## 医療者の行動はどのように映るのだろうか

この恐ろしい体験のなかで、医療者の行動は患者にどのように映るだろうか。

たとえば、患者の背後から声をかけることを考えてみよう。ふだんであれば「〇〇さんが声をかけてきた」と苦もなくわかって振り返るだろう。しかし、せん妄患者の体験する世界は文字どおり目の前だけであり、声をかけた人が視野に入っていないければ、だれが、どこから、何をしてきたのかを把握することは非常に難しいことになる。以前からよく用いられるたとえ話をあげるとすれば、薄暗くなってきた霧の中を想像していただければよいだろう。何となく影は見えるけれども、ぼやーっとしてはつきりと見ることはできない。どこにいるかも把握できない、どこに向かっているのかもわからないなかでは、不安になるのも当然である。枯れ枝もお化けになろうものである。

先ほどの例を考えてみると、せん妄患者の背後から声をかけても、患者はどこから声をかけられたのか、だれが声をかけたのかはわからない。



そのなかで急に腕を捕まれば、怖がって興奮するのも当然であろう。混乱したなかでこちらが思いもしない解釈をすることにもなる。

## せん妄の患者に接するには

せん妄に限らず、精神症状を呈した患者に接することが怖いという医療者の悩みをしばしば伺う。「どうして怖いと思うのか」を尋ねると、「普通の人と考え方が違うのではないか」、「こころの中で何が起きているのかわからない」、「ちょっとした声かけで、とんでもないことが起きてしまうのではないか」といった不安を述べられる。おおよそのイメージとして、「こころの状態が普通と違うので、どのような反応が起きるのかわからない」と考えて、対応に戸惑いを感じる医療者が多い。

しかしせん妄においては、背景にあるのは注意力障害である。患者の注意力が限られていることをふまえて、注意力が低下していてもわかりやすい伝え方は何か、患者に負担の少ない声かけの仕方はどのようなものかを考えると、せん妄のケアの仕方、声のかけ方の筋道は見えてくる。

## せん妄の患者への接し方

せん妄の病態をふまえて、どのように患者に接するのかを考えてみよう。

繰り返しになるが、せん妄の病態は注意力障害である。その病態をふまえて、せん妄をケアするうえで重要な点は、次の2点になる。

- ① 注意力が落ちていても負担のかからない接し方をすること
- ② 注意力が落ちた結果、周りの様子がわからないので(いわゆる見当識障害)、周りの様子が把握できるようにすること

特に②の見当識障害に対するはたらきかけは有名である。時計を置く、カーテンを引き日中部屋を明るくするなどせん妄のケアの基本である。

一方、①のほうはあまり表立って説明されることは少ない。具体的にあげると図のようになる。

いくつか解説を付け加える。まず大事な点は、声をかける前に患者から見えるところにいることである。それも威圧感を与えないように、視線は患者と同じかやや低めのほうがよい。というのも、注意力が低下しているときは、聴覚だけではなく視覚など複数の感覚で伝えるほうが患者は注意を向けやすく、続けやすいからである。

そのうえで、メッセージは短く、はっきりと伝える。どうしても長くなると、注意が続かないため記憶にも残りづらく、判断することが難しくなる。内容もできるだけ具体的にする。同じ言葉を繰り返して、言い換えはあまり用いない。

たとえば、これから新しくケアをしたり、処置を始める場面を思い浮かべてみる。明るい部屋があればよいが、病室でということも多いだろう。

その場合、明るくするとともに、TVやラジオは可能な限り消す。TVがついていると、医療者の声とTVの音が混じって混乱する場合がある。そのうえで、患者の視野に入って、ゆっくりとはっきり声をかける。視野の外から声をかけると、患者は自分に声がかかっていると気づきにくいからである。



### 環境を整える

- ・部屋を明るくする。
- ・注意の妨げとなる音を減らし、静かにする。

### 接し方

- ・患者の視野に入って声をかける。
- ・目線を合わせやすくするために、患者よりやや低めにし、注意が自然と向くようにする。

### 声のかけ方

- ・低いトーンで、ゆっくり、はっきりと話す。
- ・短い文で話す。
- ・同じ言葉を繰り返す。
- ・具体的に話す。

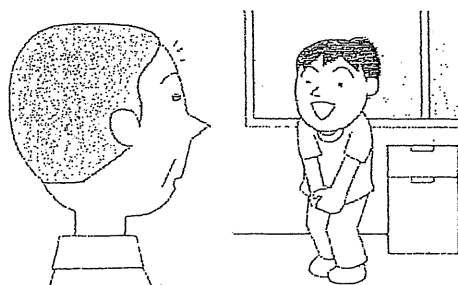


図 せん妄患者への負担のかからない接し方

忙しい臨床では難しい場合もあるが、可能であれば背後から声をかけるのではなく、前に回って患者の顔を見ながら声をかけたい。そのほうがどのような反応を示すかこちらもわかるので安心できる。正面に立つと注意は向きやすいが、一方威圧感を与えるときもあるので、視線や距離感に注意をする。視線は同じ高さかやや低めにする。話しかける距離もいきなり詰めない。

声かけは、安心を伝え、不安やよそよそしさを除くようにする。不安や焦燥感、それ自体がせん妄の原因になるわけではないが、注意・集中の妨げになることをとおしてせん妄の増悪因子となる。

ケアや処置の説明をして患者に協力を求める場合には、処置の際の道具や物品を見せながら声をかけるのも工夫の一つである。言葉で説明するよ

りも、目で見たとほうが伝わりやすい。せん妄の場合でも、患者の身体に触れたり手を握ることをしてもよい。ただし、いきなり接触するのではなく、見えるところから、患者に不安を抱かせないようにゆっくりとする。

せん妄の患者への接し方、声のかけ方について簡単にまとめた。せん妄のケアというと、カレンダーを示したり、時間や場所を繰り返し示すイメージが先行しがちである。しかし、大事な点は、注意力が続かず、周りの状況を把握することが難しく、不安を抱えている患者に安心して過ごしていただく工夫が重要であり、通常のケアと何ら変わることはない。日常の何気ないケアの意味を振り返る機会にもなるかと考えて取り上げてみた。日常のケアのブラッシュアップになれば幸いである。

## レスキューが効かない痛み

小川朝生 独立行政法人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

これまでの3回はせん妄に関連する話題をいくつか取り上げた。臨床では、せん妄は多彩な症状の出現をする。目に見える症状だけにとらわれると、背景にあるせん妄本体の注意力障害を見落としてしま

う。身体症状や他の精神症状と見分けるためのコツを身につけることが大事である。

今回はそのコツに関連した事例を紹介する。

### 事例

### 夜間に増悪する疼痛

患者：Dさん、60歳代、女性、現病歴：膵頭部がん

X年、Dさんに突然黄疸が出現したため、総合病院を受診しCTを行ったところ、膵頭部の腫瘍を指摘された。減黄術を行った後にステントを留置し、ジェムザール<sup>®</sup>による抗がん剤治療が開始された。

翌年、ジェムザール<sup>®</sup>を6コース施行したが腫瘍の増大を認めたため、TS-1<sup>®</sup>に切り替えることとなった。TS-1<sup>®</sup>による治療を続けていたところ、食欲不振と全身倦怠感の増悪、悪心・嘔吐と39℃台の発熱、右季肋部痛が出現したため、加療を目的に緊急入院となった。入院後の検査では、白血球の増加(WBC 13,500/ $\mu$ L)と炎症反応(CRP 13.5 $\mu$ L)の高値を認めた。同時にヘマトクリットの軽度増加と、尿素窒素やクレアチニン値の上昇を認めたことから脱水のおそれもあった。腹部エコーでは肝内胆管の拡張を認めた。腹部CTでは肝内胆管の拡張のほか、腸管内にガスの貯留を認めた。以上の検査結果から、担当医は膵頭部腫瘍の増大によりステント留置部が閉塞したため、胆管炎を生じたものと判断した。炎症に伴い麻痺性イレウスの発症も考えた。

胆管炎に対しては抗菌薬の点滴治療を開始した。同時に右季肋部痛に対しては塩酸モルヒネの持続静注を12mg/日から開始した。レスキューを使用しつつ漸増したところ、30mg/日(レスキュー1時間量早送り)で局所痛は軽減した。

入院2日目からは解熱し症状も落ち着いてきたが、微熱は続いた。夜間に数回中途覚醒があり、睡眠は浅かったが「特に変わったこともないし、昼間に動く必要もないから」とそのまま様子を見ていた。

入院4日目の午後から再度発熱がみられた。それとともに、やや興奮した様子で身の回りのことなどをとめどなくしゃべり続けた。担当看護師は「熱が出たので不安に思っている」と判断し傾聴に努めた。

Dさんは夕方になるとそわそわした様子で、毛布や布団、点滴を落ち着きなく触るようになった。消灯時間が近づくとナースコールを押し、「痛い、痛い」と訴えてきた。受け持ち看護師が訪床したところ、「痛い、痛い」とうめきが続いていた。受け持ち看護師は、「疼痛が悪化した」と判断し、レスキューを施行した。30分後に再度様子を見に伺ったところ、変わりなくうめき続けていたためにさらにレスキューを追加し、1時間後にも再度追加をした。Dさんはうつらうつらした様子になった。

0時を過ぎ、深夜帯の看護師が見回りをしたところ、同じようにDさんがうめき始めたために声をかけた。疼痛の部位や性状を尋ねたところ、「どこも痛い、痛み方なんかわからない、どうにかして、助けて！助けて！」と叫んだ。レスキューを追加しても除痛できなかった。結局、6時間でさらに4回追加しても除痛できず、オピオイドのベースを60mg/日にあげた。Dさんはうつらうつらした様子になったので、受け持ち看護師は疼痛が軽減したと判断した。



翌日、担当医が診察に出向いたが、Dさんは「痛みはない」と不思議そうに応えた。しかし、夜になると昨晚と同様に「痛い、痛い」と訴えた。受け持ち看護師が血圧を測ろうとマンシエットを巻いても「痛い！」と叫んだ。疼痛の部位を尋ねてもはっきりとせず、「痛い、痛い」と訴えてナースコールを押し続けた。NRSもVASもつけられなかった。レスキューを繰り返し施行したが改善しないため、オピオイドのベースを90mg/日に上げた。Dさんはうつらうつらと眠りかけた。受け持ち看護師は「疼痛が悪化したがおピオイドを増量して対応できた」と判断した。

翌朝、Dさんは点滴を自己抜去し、自宅に帰ろうと廊下を徘徊し転倒しているところを発見された。

### 疼痛をどのようにアセスメントしますか？

疼痛はがん患者の約8割が経験するといわれる。疼痛管理はがん患者の症状緩和の基本であり、症状の評価方法やアセスメント、疼痛対策の決め手であるオピオイドの使用方法については研修会や教科書、臨床マニュアルでも取り上げられている。

疼痛管理の方法は、①疼痛のアセスメントを行う、②想定される原因と照らし合わせて疼痛緩和を図ることが基本となる。

前者は、疼痛の部位や性状(鈍痛、あるいはしびれや電撃痛など神経障害性疼痛を疑う疼痛がないか)、その強さ(たいていはNRSやVASを用いて数値で評価する)を持続痛と突発痛、それぞれを評価する。

後者は、具体的には放射線照射やビスホスホネート製剤、抗がん剤治療、ステロイドによる治療と、オピオイドやNSAIDsなどの鎮痛薬を組み合わせる。

疼痛のアセスメントを進めるうえでは、「疼痛は主観的な症状であり、患者自身の自己評価に基づくこと」が前提となる。つまり、もしも患者が主観的な症状を正しく伝えることができなかつたら、疼痛のアセスメントはできなくなってしまう。この事例に当てはめて考えると、「どこが痛いのですか？」と尋ねたり、NRSやVASをつけてもらおうと質問をしても、期待する答えが返ってこない場面に相当する。この場合、あなたならどうするだろうか？「痛い」と訴えるDさんの姿を見て、とりあえずレスキューを行うだろうか？

## 医療者の心理

患者が痛みを訴える場面は、実はせん妄が関係する一場面でもある。典型的には、日中は疼痛のコントロールにまったく問題がないにもかかわらず、夕方から夜間にかけて注意力障害にあわせるように不安・焦燥感が増悪する。この不安・焦燥感や身体違和感を知覚するが、その感覚を正確に認識できないために、周囲に助けを求めようと訴えていることが多い。

患者が「痛い、痛い」と苦痛を訴えると、医療者はまず「がんの痛みが悪化したのではないか」と「疼痛」を疑うのは自然であろう。「どこが痛いのですか?」「痛みはどのようなものですか?」と尋ねるのも当然である。しかし、疼痛をアセスメントしようとしても、せん妄が出現しているために患者自身が問題を把握することは困難である。「痛い、痛い」と言いつつも室内をぐるぐると歩き回ったり、あちこちを「痛い」と指したりするため、いっこうにアセスメントができない。なかには触れようとしただけで「痛い」とおびえる様子を見せるときもある。

そうすると、たいていの医療者はどうしてよいかわからずに動揺する。「患者を苦痛から解放しなければならない」というプレッシャーを受け、その感情的な負担の大きさから、「痛い」と患者が訴えたからとりあえずオピオイドを追加したり、増量したりしてしまう。その結果、オピオイドは過量となり、せん妄はさらに悪化し、不安・焦燥感も増して、ますます「痛い、痛い」と落ち着かなくなり、対応に行き詰まってしまう。この場面に家族がいればなおさらで、「痛みを何とか

してほしい」と家族が訴え、心理的に追い詰められた医療者がオピオイドを増量して、せん妄がさらに悪化し、「痛みもとってくれない」「何もしてくれない」と不満をあらわにして家族との信頼関係が崩れてしまう場合もある。また、あつてはならないことだが、このせん妄が悪化した状態を難治性の疼痛と誤解し、鎮静をしてしまうこともある。

## せん妄を見落とさないためには

疼痛に限らず、患者の主観的な評価をよりどころに対応を進めなければならない症状は様々ある。せん妄が生じると、不安・焦燥感が身体症状を修飾して、多彩な症状を示す。代表的なものに疼痛と呼吸困難がある。

**疼痛:** 日中はコントロールできているのに、夕方から夜間にかけてイライラして落ち着かない様子で「痛い」と訴える。部位がはっきりとせず(身体全体が痛いと訴えたり、訴える部位が次々と変わる)、強度も性状もはっきりしない。一方、別のことに気が向くと、まったく痛みがないかのように歩いたり移動したりする。

**呼吸困難感:** 疼痛と同様に日中はまったく訴えないのに、夕方から夜間にかけて落ち着かなくなり、寝たり起きたりを繰り返す、カニューレやマスクを嫌がりはずそうとする。SpO<sub>2</sub>は90%以上を保っているが訴えとの解離が大きい。レスキューや抗不安薬を使用しても改善せず、さらに訴えが悪化する。

せん妄を見落とさないために、身体症状との判断のポイントを以下に示す。