

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、そのまま大部屋で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。

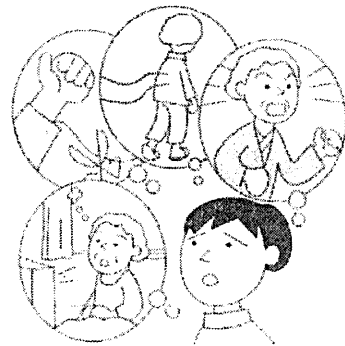
疲れた顔の夜勤スタッフから申し送りを受けるとともに、あなたは看護計画を立案するよう頼まれた……。

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。今晚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だったのか」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。



入院前の生活を聴取する

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がある

- 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。

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®による抗がん剤治療が開始された。

翌年、ジェムザール®を6コース施行したが腫瘍の増大を認めたため、TS-1®に切り替えることとなった。TS-1®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/ μ L)と炎症反応(CRP 13.5 μ 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、変わりなくうめきが続い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」と不思議そうに答えた。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ェットを巻いても「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。

そうになると、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、あっ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。SpO₂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。

POINT

症状の具体性に欠ける

訴えが一貫しない、重症度や行動との解離がある。

日内変動がある

昼間は落ち着いているが、夕方から症状が悪化する。

注意力障害がある

訴えを繰り返すが内容にまとまりがない、つじつまの合わない答えが返ってくる。

睡眠覚醒リズムの障害がある

夜間不眠が続いている。

障害が出現しており、せん妄の発症を疑った。部位の定まらない「疼痛」の訴えは、夜間を中心に出現していること、訴える疼痛の部位や性状が検査や診察の所見と一致しないことから、せん妄の一症状と判断した。レスキューを数回使用した後に傾眠傾向が出ていることでオピオイドによる過鎮静を疑った。

数日の間にオピオイドのベースを急激に増量しており、再度タイトレーションを進めたほうがよいこと、同時に感染症をベースとしたせん妄の対応を進めたほうがよいことを確認し、担当医と相談した。オピオイドについては、45mg/日に減量しても疼痛が増悪しないことを確認し、最終的には30mg/日まで漸減した。同時にセロクエル[®]25mg錠 1回1錠、1日1回寝る前で処方し、夜間のせん妄増悪時にはセロクエル[®]を追加する（1時間後に再評価、改善が乏しい場合には追加可能）こととした。

セロクエル[®]を開始したその晩より睡眠リズムは回復し、Dさんの疼痛の訴えはなくなった。日中の傾眠傾向は残ったが3日目には徐々に消失した。

対応の実際（その後の経過）

Dさんの点滴自己抜去への対応を求めて、精神科医に相談があった。まず、病棟スタッフと精神科医でカルテを振り返ることにした。Dさんは、入院4日目頃より注意力障害と睡眠覚醒リズム

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

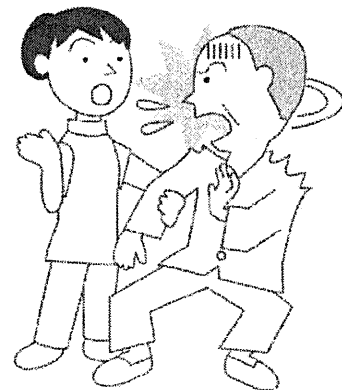
患者：Eさん、60歳代、男性。

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瘍、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、眠気のためか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。

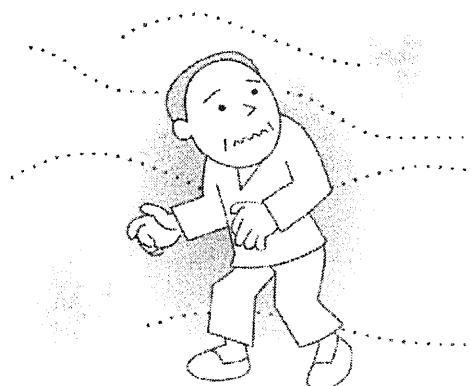
このような注意力障害がある場合には、患者の視点から見ると、前後の脈絡がなく物事が起こるといふ予想の立たない恐怖に晒されていることになる。ごくごく一般的に「もしも自分自身がこの異常な世界を体験したらどのように感じるか」考えるだけでも、その恐ろしさ、心細さは想像できるだろう。

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、ぼやーっとしてははっ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
- 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てい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。

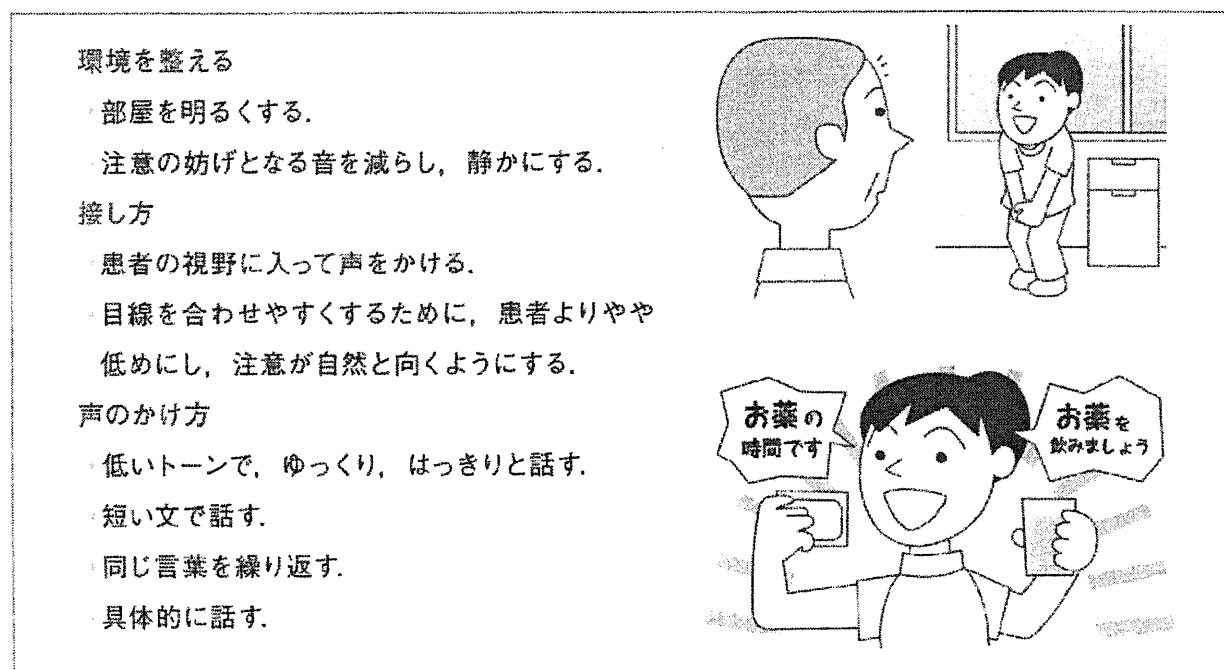


図 せん妄患者への負担のかからない接し方

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、目で見ただけの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。

あなたみたいな若い人にはわからないわよ

小川朝生 国立がん研究センター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部

看護師が対応に難渋する疾患として、せん妄を数回取り上げてきた。しかしがん患者との接し方で悩むのは、何もせん妄だけではない。がんに対してだれもが起こしうる反応(不安や怒り、つらさ)でも、

だれもが起こしうるものだからこそ対応に悩むことも少なくない。今回はそのような通常の反応と、コミュニケーションの問題を取り上げてみたい。

事例

担当看護師を責め立てる患者

患者：Fさん、60歳代、女性。

現病歴：肺がん。

Fさんは元来健康で、テニスやスポーツクラブなど趣味に積極的で社会的交流も活発な方であった。高血圧でA病院総合内科に通院し、降圧薬を内服していた。たまたま外来で血液検査と胸部X線検査を受けた際に、胸部X線検査で肺野の異常陰影を指摘され、精密検査のために呼吸器内科に紹介となった。気管支鏡検査、胸部CTを受けたところ、右肺がん(腺がん)リンパ節転移(縦隔、対側肺門、鎖骨上)、胸水と診断がついた。担当医は検査後の外来で、Fさんに病名を告げるとともに、進行期であること、そのために手術は難しく抗がん剤による治療になることを説明した。

Fさんは告知の2週間後、抗がん剤治療を開始するために入院となった。入院当初より「昨日と今日で看護師の言うことが違う!」「看護師によって言うことが違う。連絡もできないの、この病院は!」と怒り、内服薬にしても「こんなに言うことが違ったら、怖くて薬も飲めないじゃない!」と担当看護師にあたった。担当看護師が謝るとますます勢いを増し、「病気を見つけるのが遅かったから、もう手術も受けられない身体になってしまった。この病院を信じていたのに裏切られた!こんなにつらいのにあなたみたいな若い人をつけて……。あなたなんか私の気持ちがわかるわけじゃない!」とたたみかけるように責め立てたため、担当看護師は泣き始めてしまった。病棟師長が出向いても、「あなたが謝っても仕方がないの。あの(担当の)看護師を担当からはずしなさい!」と食ってかかった。そのため、怖くて部屋に入れないスタッフも出るようになった。



不幸な事例

病院というところは、不幸にもこのような感情的な衝突が起こりやすい。海外では病院勤務の看護師の約半数が過去5年間に1回以上、言葉や身体的な暴力を受けていたデータもある。患者の感情に向き合うことは、がん看護の要であることに違いはないが、一方、精神的な負担も大きい。怒りを個人に向けられたと感じると、医療者は「私の対応が悪かったら患者が気を悪くした」「私が悪いのだから怒られて当然だ」と自己批判的にとらえがちである。その結果、自己評価が低くなり、スタッフの燃え尽きの最大の要因にもなる。

患者の感情に向き合ううえで、医療者の負担が大きいのは「怒り」であろう。怒りは、患者が恐怖や不安を感じるような体験をしたり、あるいは大事なものを失う体験をしたときに引き起こされる。がん医療においては、次のような場面が代表的な場面であろう。


- がんの告知を受けたときに、描いていた将来の計画を崩された場合
- がん治療により仕事や社会的地位を失う場合
- 疼痛などの身体症状が出現し、自分の身体をコントロールできなくなった場合
- 抗がん剤治療の中止を告げられ、医療に見捨てられるのではないかと不安を感じたり、死の恐怖を感じた場合

このような患者が示す怒りの大半は、患者が「がん」という生命を脅かす恐怖から自分の存在を守るために示す反応である。したがって、患者

の「怒り」の相手は「がん」である。しかし、「がん」というものを直接目にして、怒りを向けることができない。そのため、目の前にいる医療者に対して、「がん」の代わりに怒りをぶつけてしまう。つまり、患者は医療者に対して怒っているわけではない。

とはいうものの、その場面に出くわすと、医療者は「自分が失敗したことを患者が責めている」と受け取りがちである。「自分の非を責められている」と医療者が感じ、患者の怒りに巻き込まれると、「あれは〇〇だったから仕方がなかった」と言い訳をしたり、他の用事を入れて患者と顔を合わせないようにしたりする。逆に「患者はわがままで」と怒りを向け返してしまうこともある。

患者の「がんに対する怒り」に対して、「患者への怒り」を投げ返してしまうと、患者は予想もしないこと（医療者を責めているわけではないのに、医療者から予想もしない感情を投げつけられた）に驚き、動揺し、医療者へ怒りを向け、自責的になり、問題がこじれてしまう。

	<p>患者の怒りの多くは、「がん」という脅威に対する感情である。必ずしも医療者を責めているわけではない。</p>
---	--

患者が怒ったときにどうすればよいのか

では、患者の怒りに直面した場合、どのように対応すればよいだろうか。

患者の怒りに向かい合う場合、まず大事にしたいのは「怒り」の感情に巻き込まれないことである。具体的には表にあげる対応が求められる。

表 怒りを表出する患者への対応例

まずすること、考えること

- ①自分の感情に注意を向けて、怒りや恐怖、おびえ、不安など、どのような感情が湧いているのかを確認する。
- ②感情を確認したら、その感情をそのまま表に出さないように注意をする。
- ③自分自身の言葉や表情、姿勢、しぐさに注意をして、怒りをそのまま返さないようにする。
- ④中立的な態度で、患者の話を聞く。
- ⑤話を途中でさえぎらない（途中で言いたくなるが、ここは待つ）。
- ⑥患者の誤解もしばしばあるが、ここでは反論はしない。

【対応例】

- ・腕や足を組まない。
- ・視線の高さは同じかやや低めにする。患者の顔を凝視せずに、口からのどのあたりに視線をおく。
- ・静かに相槌を打ちながら聞く。
- ・患者が言いにくそうな様子があれば、「どのように思われますか」、「どのようなお気持ちですか」、「遠慮せずに思われていることを教えていただけますか」と言葉を添える。



次にすること、考えること

- ⑦話の要点を確認する（特に患者の感情に焦点を当てるとよいことが多い）。
- ⑧共感を示し、信頼関係を確立する。

【対応例】

- ・「よろしければ、もう少し詳しく教えていただけますか」
- ・（話の要点を確認するために）「〇〇さんのお話を伺いますと、□□ということをつらく感じられたのですね」
- ・「確かに、おっしゃるようなことがあれば、不快に感じるのも最もかと思います」

その次にすること、考えること

- ⑨医療者の対応に問題があれば、その点を謝罪する。
- ⑩患者が誤って受け取っている場合には、ゆっくりと説明をする。その場合には、自分自身の感情に注意を払い、怒りを返さないように注意をする。患者の感情に焦点を当てつつ、ゆっくりと話を進める（反論をすると、患者は自分の気持ちを医療者にわかってもらえていないと感じ、その態度に怒りを感じる）。
- ⑪患者と医療者が共同で問題の解決にあたる姿勢を示す。

【対応例】

- ・〇〇について、とてもつらい思いをさせてしまったのですね。申し訳ありませんでした。
- ・私どもの話が十分ではなかったようで、誤解と不安を感じさせてしまったようですね。〇〇と思われれば、嫌な感じをもたれたのも自然なことだと思います。いくつかの点で申し上げたいことがあるのですが、お話してもよろしいですか。
- ・今後どのように進めるのがよいのか、一緒に考えていきたいと思っています。

怒りを表出しやすい代表的な疾患

患者の不安や誤解からくる怒りに対しては、表にまとめた対応を繰り返すことで、次第に鎮まり、新しい信頼関係を結べるようになる。しかし、時々表の対応をしても怒りが鎮まらず、続いたり、あるいは身体的な暴力に発展して対応が困難になる場合がある。その場合には、背景に精神医学的問題があり、その症状として怒りが出ていることが疑われる。がん医療の場面では次のような疾患が代表的である。

脳転移: 特に前頭葉・側頭葉への転移がある場合に、抑制がはずれて、気分の変動が大きくなったり、反社会的な行動が生じることがある。

てんかん: 側頭葉への転移がある場合に、急激

な気分の変動が出現する。

認知症: 記憶障害とともに、気分の変動が大きくなったり、衝動的な行動が目立つようになる。

うつ病: 意外に思われるかもしれないが、激越うつ病とよばれる衝動的な行動が生じやすい場合がある。

パーソナリティ障害: 安定した対人関係を築くことが難しいことがある。専門家からの助言や支援が必要な場合がある。

感情に対する支援は医療の根幹であるが、一方、医療者の心身に疲弊を与えるものでもある。今回は病棟のスタッフを一番悩ますことの多い「怒り」を取り上げた。感情への対応方法の一例として考えるきっかけになれば幸いである。

投稿規定

【看護技術】では、日頃の皆様の臨床・地域での実践、研究成果を発表していただくコーナーを用意して、皆様の投稿をお待ちしております。臨床看護・地域看護に関するものであれば、調査研究・実験研究・事例研究・事例報告・総説など、テーマを限定せずに受け付けます。

1. 締切日は特に設けません。随時ご投稿くださって結構です。なお、他誌に発表済み・投稿中・投稿予定の原稿は、ご遠慮願います。
2. 掲載の可否につきましては、編集会議で決定し、ご通知いたします。投稿原稿は原則として返却いたしませんので、コピーをおとりください。なお、原稿の題名の変更、字句の訂正や書き直しをお願いする場合がありますので、ご承知おさください。掲載後、掲載誌をお送りいたします。
3. 執筆要領は以下のとおりですのでご留意ください。
 - 原稿の分量は、400字詰原稿用紙換算で20枚まで（図表含む）とする。
 - 本文および図表は原則として電子データとして作成し（図表は手書きも可）、記録媒体に保存し添付すること。
 - 400字以内のサマリー（要約）を添付すること。
 - 口語体・常用漢字・新かなづかいを用いること。
 - 引用・参考文献は、本文中の引用・参考箇所順に番号を括弧表示したうえで、以下の書き方に従い論

末にまとめて明示すること。その際、本文中に括弧表示した番号順どおりに配列すること。

雑誌／著者名：論文名、誌名、巻（号）：頁、発行年。

書籍／著者名（監修者名、編集者名など）：書名、

版数（第1版の場合は省略）、発行所、発行年、頁。

論集・集録などに収録された一論文／著者名：

論文名、（論集の編者名）、論集名、発行所、巻（号）：

頁、発行年。

4. 別紙として、題名・執筆者名・所属・連絡先（住所、電話番号、メールアドレス）を記したものを付してください。

5. 著者校正は、初校をご覧いただきます。校正の際の書き直しは、原則としてご遠慮いただきます。

送付先

〒102-0073 東京都千代田区九段北3丁目2番4号
株式会社メヂカルフレンド社【看護技術】編集室
TEL03-3264-6616 FAX03-3264-0704
gijutu@medical-friend.co.jp

患者だけではなく家族も不安

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

がん患者をベッドサイドでケアするうえで、入院・外来ともに難しいことに、「家族のケア」がある。特に、家族が同席した面接をする場合、患者だけではなく家族の立場もふまえたケアをしなければならないが、どうしても患者を中心に面談を進めなければ

ならないため、家族の悩みや不安への対応が後に回されてしまいがちである。家族には家族の不安がある。十分な時間も割けない臨床現場で、少しでもケアの質を高めるために私たちに何ができるのかを一緒に考えてみたい。

事例

患者：Gさん，40歳代，女性

現病歴：右乳がん再発，骨転移，肺転移，脳転移

X年に右乳房のしこりを自覚し、レディースクリニックを受診したところ、乳がんを指摘され、術前化学療法を施行した後に温存手術を受けた。術後にホルモン療法を続けていたが、1年後に腰痛が出現し、骨シンチグラフィを受けたところ再発が明らかになった。

再発後に、タキソール[®]やジェムザール[®]、ゼローダ[®]など通りの化学療法を続けるとともに、骨転移痛に対しては放射線照射を行ってきた。しかし、腰椎に加えて肋骨や胸骨、頸椎、大腿骨などにも骨転移は広がり、さらに両側肺転移から胸水の貯留も出現し、呼吸困難感が増悪したために、症状緩和目的で入院となった。

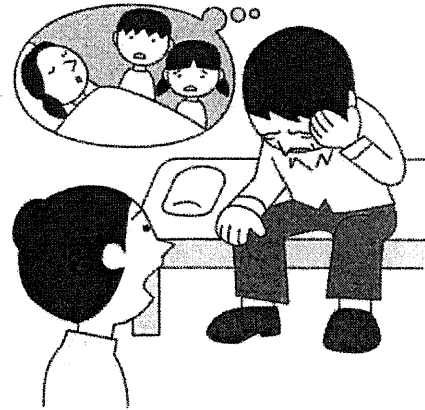
入院をして胸水ドレナージをしたところ、症状は改善した。今後胸膜癒着術を行い、症状の再燃がないことを確認したところで退院を目指す方針を担当医が固め、患者と夫（50歳代、会社員）に対して説明した。担当医の説明に対して、患者も夫もこれといった反応もなく、面談は淡々と進んだ。

担当医が説明を終えようとしたところに、急に夫が息苦しそうにあえぎだした。同席していた看護師が、夫に別室で休むように勧め、処置室のベッドに誘導した。少し落ち着いた様子になったので、夫に看護師が話しかけると、夫は涙を浮かべながら、ボツボツと話し始めた。

妻が体調を崩してから、子ども（小学2年生の長男、幼稚園生の長女）の世話をしつつ、見舞いもしながら仕事も続けてきた。娘は発達に障害があり、新しい環境になじむのが苦手である。仕事が忙しいときだけ夫の母親に面倒をみてもらっている。最近では母親も疲れてきていて、長期間頼むわけにいかない。娘の養育方針をめぐる、妻とその両親とで意見が食い違い、それ以来距離が遠くなっている。妻は今回入院していることも親に伝えるなど言っており、夫から頼むことも難しい状態である。このところ、見舞いから帰って子どもを寝かしつけて、洗濯をしてから寝ようとするが、目が冴えて動悸がする、落ち着かなくなりほとんど眠れていない。今回、担当医より退院の話が出た。退院自体は妻にとってうれしいことだろうが、家に戻って家事ができるまで回復したわけではない。妻

の食事のぶんまで夫がしなければならぬ。また、だいぶ容貌も変わったので、子どもがどのように反応するのかがわからない。以前、娘は手術のときにはパニックになった。「自分のせいでお母さんが病気になる」と頭をたたき続けたことがある。今回同じことが起きたらどうしようかと思うと不安でならない。

看護師は担当医に夫の話したことを伝えた。プライマリーチームで話し合った結果、退院に向けて専門的な支援が必要だろうとの意見が一致し、緩和ケアチームに依頼することとした。



家族のストレスは患者以上

がんは家族への負担にもなっている。臨床現場ではあまりにもわかりきったことと思われるかもしれない。しかし、実際に家族がどのようなことにストレスを感じ、どのような苦痛を抱えながら介護にあたっているのか、意外に知られていないのも事実である。

海外の報告では、介護を担っている家族のうち、実に40%が強い緊張を強いられていることが明らかになっている。たとえば、米国で患者と家族の精神的苦痛について追跡をしたいくつかの研究では、患者の約18%が何らかの精神科診断がついた(すなわち精神的な苦痛が強く、身体的にも不調を来し、医学的な対応が必要と判断された)のに対して、家族は実に24%に精神科診断がつくことが明らかになっている。その内訳をみると、パニック障害(動悸や胸部の圧迫感、呼吸困難感、冷汗とともに、急激な不安が襲ってくる:このまま自分が死んでしまうかのような

症状を繰り返し、日常生活に支障を来す)が患者は4%なのに対して、家族はその倍の8%も認められた。つまり、家族の抱える不安感は患者以上に強い、ということがわかるだろう。

では、家族はどのような点に不安を感じ、ふだんの生活に支障を来す状態にまでになるのか。これについては、以下の5つの点で家族が不安を抱えていることが知られている。

①子どもへの支援の仕方

子どもが幼い場合や思春期の場合、家族は親ががんになったことをどのように伝えていいのかわからない。また、親ががんになったことを知ったあとに、どのような支援を子どもが必要としているのかわからない。

②患者への支援の仕方

患者はがんと告げられてから、検査や治療などふだんとは異なる様々な経験をする。そのような経験やその経験をとおして患者が考えることに対し、家族はどのように支援していいのかわ

からない。

③患者・介護者の落ち込みへの対応

患者ががんになったことで、患者自身が落ち込むと同時に、配偶者など近親者も落ち込み、愕然とする。周りの家族は、その落ち込む様子に立ち会い、どのように対応をしたらよいのかわからずに困る。

④夫婦間の緊張

がんにかかると、症状や治療により、それまでと同じような社会生活を送ることが困難になる。その結果、家族のなか、特に夫婦間での役割も変わらざるを得なくなり、新しい関係に変化するときに緊張が生じる。その緊張は家族全体の関係にも大きく影響する。

⑤家族はしばしば効果的ではない方法で、がんに対応しようとする

家族には、今までにも様々な問題に対峙してきた長い歴史がある。家族は知らず知らずのうちに、今までと同じ方法でがんに関する問題に立ち向かおうとする。

これらの問題点は、治療の時期によってその不安の現れ方も変わってくる。時期に応じた不安の現れ方を表にまとめた。

家族の不安に気づくために

家族に十分なケアを提供するためには、家族同席の面接以外に個別の面談時間を十分にとることが理想であろう。しかし忙しい臨床現場では、説明や面談に十分な時間を割くことが難しい。家族の抱える問題は様々なのは事実である

表 家族の不安

診断の時期

- ・検査の目的と方法
- ・検査結果
- ・ケアの調整をしてくれるのはだれか
- ・診断を待つ間の気持ち（不安、見とおしの不確かさ）
- ・診断結果を周りの人にどのように伝えたらよいのか
- ・治療の選択

入院の時期

- ・手術の方法
- ・病理診断がいつ出るのか
- ・入院期間はどれくらいなのか、回復にかかる期間はどれくらいなのか
- ・退院してからの行動の制限
- ・家族への影響
- ・痛みや他の症状

治療の時期

- ・治療の方法と期間
- ・予想される有害事象と起きたときの対応
- ・有害事象を減らすための工夫
- ・（家族内での）一時的な役割の変化
- ・患者教育、サポートグループ、社会資源の利用方法
- ・解決されていない不安をだれにどのように話をしたらよいのか

経過観察の時期

- ・定期検査の時期とその必要性
- ・再発の不安
- ・患者と家族のニーズのバランスの調整
- ・患者教育、サポートグループ、社会資源の利用方法
- ・新しいセルフイメージをつくる方法
- ・仕事への復帰、経済的問題

再発の時期

- ・治療の方法
- ・予想される有害事象と起きたときの対応
- ・見とおしの不確かさ、悲しみ、おそれ
- ・再発してからの希望のもち方
- ・サポートグループ、社会資源の利用方法

が、時期を揃えて比較をしてみると共通点が多いのも事実である。共通要素が多い点を確認することが現実的な対応であろう。

また、家族の不安を尋ねる場合に、「家族は患者に遠慮をしている」ことは知っておきたい。家族は、「一番大変なのは患者だから、患者の治療を差し置いて自分の不安を話すわけにはいかない」と思っている。家族が患者に対して罪の意

識を感じることなく素直に困っていることを話していただくために、短時間であっても家族とだけ顔を合わせる時間をつくる。そのうえで、家族が様々な不安を感じることは当たり前であること、家族の不安に対しても対応をして不安を減らすことが患者のためになることを、はっきりと言葉で伝える。家族の心理的な抵抗に配慮をすることは、ささやかではあるが大事なケアである。

投稿規定

【看護技術】では、日頃の皆様の臨床・地域での実践、研究成果を発表していただくコーナーを用意して、皆様の投稿をお待ちしております。臨床看護・地域看護に関するものであれば、調査研究・実験研究・事例研究・事例報告・総説など、テーマを限定せずに受け付けます。

1. 締切日は特に設けません。随時ご投稿くださって結構です。なお、他誌に発表済み・投稿中・投稿予定の原稿は、ご遠慮願います。
2. 掲載の可否につきましては、編集会議で決定し、ご通知いたします。投稿原稿は原則として返却いたしませんので、コピーをおとりください。なお、原稿の題名の変更、字句の訂正や書き直しをお願いする場合がありますので、ご承知おきください。掲載後、掲載誌をお送りいたします。
3. 執筆要領は以下のとおりですのでご注意ください。
 - 原稿の分量は、400字詰原稿用紙換算で20枚まで（図表含む）とする。
 - 本文および図表は原則として電子データとして作成し（図表は手書きも可）、記録媒体に保存し添付すること。
 - 400字以内のサマリー（要約）を添付すること。
 - 口語体・常用漢字・新かなづかいを用いること。
 - 引用・参考文献は、本文中の引用・参考箇所順に番号を括弧表示したうえで、以下の書き方に従い論

末にまとめて明示すること。その際、本文中に括弧表示した番号順どおりに配列すること。

雑誌／著者名：論文名、誌名、巻（号）：頁、発行年。
書籍／著者名（監修者名、編集者名など）：書名、版数（第1版の場合は省略）、発行所、発行年、頁。
論集・集録などに収録された一論文／著者名：論文名、（論集の編者名）、論集名、発行所、巻（号）：頁、発行年。

4. 別紙として、題名・執筆者名・所属・連絡先（住所、電話番号、メールアドレス）を記したものを付してください。
5. 著者校正は、初校をご覧いただきます。校正の際の書き直しは、原則としてご遠慮いただきます。

送付先

〒102-0073 東京都千代田区九段北3丁目2番4号
株式会社メヂカルフレンド社【看護技術】編集室
TEL03-3264-6616 FAX03-3264-0704
gijutu@medical-friend.co.jp

告知の後に患者さんが泣いています

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

がん治療には、患者や家族にとって非常に辛い場面がある。特に診断や治療の結果を伝える場面、再発を告知する場面など、がん治療の節目となる場面で患者・家族が激しく動揺したり、泣いたり、あるいは怒りを医療者に向ける場面がある。

がん治療における心のケアをもっとも広くとらえると、このような患者・家族が動揺する場面で、患者・家族の驚きや衝撃、つらさに共感を示し

つ、常に患者・家族のそばで見守る情緒的な支援であろう。情緒的な支援を適切に提供するために、患者の通常の心理的反応(通常反応)を思い描けるようになることは、情緒的サポートをどのように提供するのがよいのか、また患者の反応が激しくて専門家につなぐほうがよいのはどのような場面かを判断するうえでとても重要になる。

本稿では、まず患者の通常反応とその対応について考えてみたい。

事例

患者：Hさん、40歳代、女性。現病歴：乳がん。

夫と子ども2人(小学4年生と1年生)の4人暮らし。Hさんは、4月に下の子どもが小学校に入学したこともあり、週に3日だけパートに出ている。6月ごろに右乳房の腫瘍を自覚した。近くのレディースクリニックを受診し、マンモグラフィと細胞診を受けたところ、乳がんとの診断を得た。

Hさんは担当医から、検査の結果乳がんであること、腋下のリンパ節にも広がっているのでまず抗がん剤治療を行い、そのうえで手術を考えるほうがよいこと、術後の放射線治療を含めるとおよそ1年の治療期間が想定されること、その後もホルモン治療が必要になる可能性が高いことなどの説明を受けた。

「乳がん」との診断を告げられて、Hさんは動揺して泣き始めた。

「“がん”と言われて、どうしたらよいのですか？ もうこのまま死ぬしかありません。親にも話せません……」。

診察室を出てもHさんは青い顔をしたまま放心した面持ちで、ぼつりと椅子に座ったきり動けなくなった。面談に同席した看護師がHさんに声をかけても、「もう何が何だかわかりません。こんなに辛いなら、いっそのこと死んでしまいたい」と泣きながら繰り返すばかりであった。

看護師もどのように対応したらよいのか、途方に暮れた。

