

表4 抗精神病薬一覧

	定型抗精神病薬		非定型抗精神病薬			
	ハロペリドール	クロルプロマジン	リスパダール®	クエチアピン	オランザピン	アリピプラゾール
商品名	セレネース®	コントミン®	リスパダール®	セロクエル®	ジプレキサ®	エビリファイ®
投与経路	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口, 静脈, 筋肉, 皮下	経口	経口	経口	経口
初回投与量	0.75-5mg	10-25mg	0.5-1mg	25-50mg	2.5-5mg	3-6mg
常用量	0.75-10mg	10-50mg	0.5-4mg	25-100mg	2.5-10mg	12-24mg
半減期	10-24hr	10-59hr	4-15hr	3-6hr	21-54hr	40-80hr
代謝	肝	肝	肝	肝	肝	肝
代謝酵素	CYP2D6, CYP3A4	CYP2D6	CYP2D6	CYP3A4	CYP1A2, CYP2D6	CYP3A4, CYP2D6
活性代謝産物	-	+	+	-	-	+
作用特性						
鎮静作用	低	高	低	高	高	ほとんどない
抗コリン作用	低	高	低	低	低	低
降圧作用	低	高	低	低	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低	低	低
その他	標準的薬物 投与経路が広い	治療効果に対するエビデンスは同等	活性代謝産物の排泄が腎のため腎機能障害時には減量して使用	パーキンソン病のせん妄に対する第一選択薬	口腔内崩壊錠がある	鎮静作用がほとんどない

【注意】

- ・ 2.5 ~ 5mg から開始。維持量は 2.5 ~ 20mg。
- ・ 鎮静作用が比較的強いので過鎮静に注意する。
- ・ 口腔内崩壊錠があり、嚥下が難しい場合でも使いやすい。
- ・ 難治性嘔吐に有効であるとの報告がある。
- ・ 糖尿病に禁忌。

クエチアピン (セロクエル®) (25mg) 1錠 1日1回 寝る前

【注意】

- ・ 12.5 ~ 25mg から開始。維持量は 12.5 ~ 200mg。
- ・ 鎮静作用が比較的強い。

- ・ 半減期が短く (3 ~ 6hr) 残りにくい。
- ・ 糖尿病に禁忌。

●内服が困難な場合

ハロペリドール (セレネース®) (5mg) 1A + 生食 50ml
1日1回 寝る前 30分から1時間かけて点滴静注

【注意】

- ・ 消化管閉塞や悪心・嘔吐, その他経口が困難な場合, 興奮が著しい場合にやむを得ず非経口投薬を考える。
- ・ 高力価抗精神病薬が基本である。
- ・ 経静脈投与が困難な場合には, 皮下注や持続皮下注を用いることもある。

- ・不整脈に注意して施行する。施行前に ECG の確認が望ましい。
- ・患者への負担を考慮して皮下注を用いる。血中濃度の立ち上がりは同等といわれ、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、やむを得ず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®) (5mg) 1A +
フルニトラゼパム (ロヒプノール®) (2mg) 0.5A + 生食 100ml
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注 (入眠後中止)

【注意】

- ・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®) (10mg) 0.5-1A + 生食 100ml
(保険適用外)
1日1回 寝る前 1時間かけて点滴静注

【注意】

- ・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。

低活動型せん妄への対応

- ・低活動型せん妄は昼夜を通じて反応に乏しく、自発性も低下しており、一見すると元気がなく見える (うつ病と間違えやすい)
- ・声をかけて見当識をたずねると、時間・場所がわからないことでせん妄と判断できる
- ・過活動型せん妄と同様に、高力価の抗精神病薬を用いて対応する。しかし、反応は概して低い。その場合に、ペモリン (ベタナミン®) や塩酸ドネペジル (アリセプト®) を用いることがあるが、評価は定まっていない



自発的な活動が減るため、医療者からの積極的な働きかけが重要である

- ・意識的にコミュニケーションを働きかける
- ・セルフケアレベルを評価し、促す

終末期せん妄

せん妄のなかには、原因が不可逆的であったり、複数の因子が関係しているために、完全な回復を期待することが困難な場合がある。多くは死の過程に重なることが多く、このような状態を総称して終末期せん妄と呼ぶことがある。



以下の条件を満たす場合に終末期せん妄といわれることが多い

- ・原因に対する直接的な対応を実施
- ・標準的な抗精神病薬による治療を実施しても反応しない
- ・せん妄の要因も不可逆的

終末期せん妄であっても、妄想や幻覚から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、注意力の回復を目標にして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してしまう場合がある。そのような場合には、包括的なアセスメントをチームで行い、治療の目標を引き下げ、部分的な症状の緩和を目指し、注意力の回復から睡眠覚醒リズムの維持に移すことを検討する。



完全にせん妄症状を取ることから、不眠や幻視の苦痛をできるだけ取り除くとともに、日中は不完全ではあっても家族とコミュニケーションが維持できるように調整する

Do 終末期せん妄への対応

家族に見通しを伝える

今後コミュニケーションが困難になる可能性があることを説明し、家族と医療者が目標を共有できるように調整する



実践 終末期せん妄への対応

- ・患者さんとお話できる時間が少しずつ短くなっていくかも知れませんが
- ・患者さんにとって少しでも苦しまずに過ごせるように支えていきたいと思います
- ・ご家族もお疲れではありませんか。無理をせずに休める時に休んで下さい

文献

- 1) 日本精神神経学会（日本語版用語監修）. 高橋三郎／大野 裕（監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. p.588, 医学書院, 東京, 2014.
- 2) Massie MJ, Holland J, Glass E : Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 140 : 1048-1050, 1983.
- 3) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer ; a prospective study. Arch Intern Med 160 : 786-794, 2000.
- 4) Breitbart W, Lawlor PG, Friedlander M : Delirium in the Terminally Ill. "Handbook of psychiatry in palliative medicine" Chochinov HM, et al ed. 2nd ed. pp.81-100, Oxford University Press, New York, 2009.

[小川朝生]

8. 認知症への対応

わが国において、2012年に65歳以上の老年人口は3,079万人となり、全人口の24%を占めるにいたった¹⁾。認知症は、高齢者の合併疾患の一つとして重要である。2020年には500万人を超えるとも予想される。

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。

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て対応にあたることが重要である。



- ① わが国では、世界に先駆けて超高齢化社会を迎えた。今後認知症を合併したがん患者も増加すると見込まれる
- ② 一部に認知症があると緩和ケアができないとの誤解がある。英国の緩和ケアが悪性腫瘍における認知症のケアの方針を大きく変えたことが示すように、認知症および認知機能障害は緩和ケアでは避けて通れない問題である
- ③ 認知症の症状には、中核症状と随伴症状がある。その発症機序を理解して対応することが、ケアの基本となる

認知症とは何か

一般的に認知症というと、「もの忘れがひどい状態」とみなされることが多い。しかし、認知症において「もの忘れ」はその症状の一部でしかない。

認知症の定義をみると、表1のようになる。



表 1 認知症 (DSM-5)

- A. 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚 - 運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
 - (2) 可能であれば標準化された神経心理学的検査に記録された、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって実証された認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）

(文献2)より)

簡単にまとめると、

認知症とは「成長する過程で獲得されたあらゆる知能が、脳が器質的な障害を負うことによって、回復不可能な形で損なわれてしまった状態」

ということになる。

この定義を見ると、認知症のあらゆる問題は、脳の障害であるから解決困難であると考えたくなってしまいます。事実、徘徊や妄想、不潔行為などさまざまな症状を、向精神薬を用いてコントロールすることが認知症の治療と捉えられがちなることもある。

しかし実際、これらの症状は、医療者からの働きかけや対応のしかたで劇的に変わることが知られており、医療者のアセスメントの技量はその結果を左右する。すなわち、患者の精神心理的な反応が症状を修飾している面が大きい（図1）。つまり、認知症患者がどのようなハンディキャップを負っているのか、認知症患者とのコミュニケーションは、患者の世界の捉え方の癖を知り、コミュニケーションをとることにより、大きく進めることが可能である。

認知症の症状

認知症＝「もの忘れ」の印象が強いが、記憶障害が問題としてあがることは意外に少ない。認知症のケアで問題になるのは、意欲の低下や、怒りっぽい、不安が強いなどの性格変化、不眠など、広く不定愁訴としてまとめられることが多い。

認知症の症状は大きく2つに分けられる。

認知症の症状

- ① 中核症状：記憶障害、実行機能の障害など神経変性に伴う症状
- ② 認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) : 不穏、徘徊、幻覚、妄想など

認知症のケアでとくに重要になるのは、BPSDへの対応である。BPSDは、認知症の中核症状を基盤に、環境や対人関係などさまざまな要因が重なって出現する症状である。BPSDは患者自身に苦痛を強いるのみならず、介護者の精神的負担にもなる。BPSDは環境調整や働きかけなどの非薬物療法により症状が改善することが明らかになっており、適切な対応が重要である（図1）。

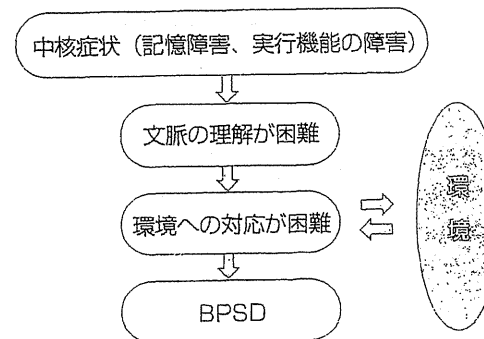


図1 認知症の症状

○ がんの臨床で注意しなければならない点

認知症はがん患者の診断・治療にさまざまな障害をもたらす。認知症があることにより、まず症状の自覚が遅れがちになる。また、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³⁾。

Point 認知症の影響

- ① 抗がん治療の問題
 - ・ 診断が遅れる（進行期での発見が多い）
 - ・ 意思決定が困難になる
 - ・ セルフケアが困難になる（有害事象の発見が遅れる）
 - ・ 合併症の増加
- ② 精神症状の問題
 - ・ せん妄のリスク因子
 - ・ 抑うつ状態のリスク因子
- ③ 家族の介護負担

○ 認知症への対応を考える

認知症の症状（とくにBPSD）への対応を考える。BPSDは多様な背景から出現する症状であるので、本人の身体状態、行動パターン、環境要因、介護者との関係など背景を一つ一つ検討することが必要になる。対応方法の流れとアプローチのポイントを図2に示す。

1. 認知症の病型を確認する

認知症の病型を理解することによって、どのような症状（中核症状、BPSD）が出現しやすいのか、その出現する背景を理解できるようになり、対策が講じやすくなる（表2）。

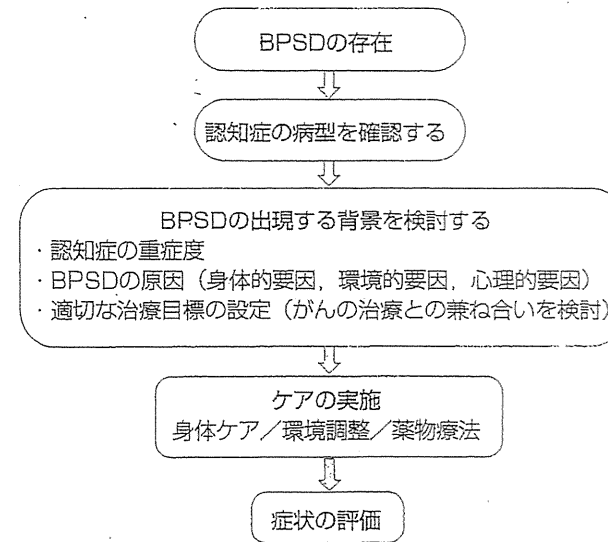


図2 認知症への対応の流れとアプローチのポイント

2. BPSDの出現する背景を検討する

BPSDの出現する背景を明らかにするために、次のポイントをおさえて評価する。

Point BPSDへの対応

- ① 対象とするBPSDを明らかにする
(介護者と相談して問題を明確にする)
- ② 対象とするBPSDについての情報を集める
(頻度や時間、起こりやすい場所、誰といたかなど)
(1～2週間記録する)
- ③ 対象とするBPSDが起こった前後の状況を明らかにする
(引き金となる要因を特定する、複雑な要因を明らかにして介入につなげる)
- ④ 現実的な目標を決めて計画を立てる
- ⑤ 目標を成し遂げた場合、介護者などにフィードバックをする
- ⑥ 継続的に評価をし、計画を修正する

表2 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	側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、次第に全般的な機能低下にいたる	記憶障害：最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気づくことが難しい 見当識障害：時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は昼と夜を間違え、夜中に両戸を開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：物事の段取りを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・焼く・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がからむ 妄想：物盗られ妄想が多い（物をどこかにしまい、しまった場所がわからなくなる。そうなると、身近な介護者が盗んだと確信して責める） 徘徊 失禁	認知症の進行を遅らせる塩酸ドネペジルの使用 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、その対処をする
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	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日や数日のなかで意識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・忘れたこと自体に気づくことが難しい 実行機能障害：物事の段取りを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・焼く・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：梗塞・出血に関連した脳機能の低下 人格の先鋭化：人格の特徴がより強く出てくる。慎重な性格が頑固で融通の利かない人格へ、マイペースな性格が自己中心的な人格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	梗塞・出血に関連した神経症状への対応（嚥下困難、片麻痺など） 安定した環境の提供 せん妄の予防と対処
レビー小体病	αシヌクレインが蓄積し、レビー小体となり、神経細胞死を誘導する	覚醒レベルの変動：1日のなかで意識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、固縮などが出やすい 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・不安への対応：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 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
前頭側頭葉変性症	3リピートタウの蓄積が関係	常同行動：同じ言動を日課のようにくり返す 脱抑制：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言動が増える 注意力障害：注意の転導性亢進、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	被影響性の亢進：外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉を発する（オウム返し）ができる 自発性の低下、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	常同行為による時刻表的な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

認知症の病型

認知症の病型

3. BPSDへの介入

BPSDのなかでとくに問題となる症状は、興奮と粗暴な行為、徘徊である。急にBPSDの症状が出現した場合にまず考えなければならないのは、急性の身体疾患と環境の負荷である。介護者が気づいていない疼痛が興奮の原因になることはしばしばある。主なポイントをまとめる。

負担の軽減	慣れ親しんだ行動をする 選択の範囲を狭めて混乱を防ぐ 休憩をとる 負荷が加わったときは刺激を避ける 身体的な負荷・不快な感覚がないかさぐる (疼痛、尿意、空腹、口渇)
配慮をした声かけ	丁寧な会話 はっきりとわかりやすい言葉 ノンバーバルな表現にも注意を払う
行動の評価	不安の初期症状をモニタリングする (歩き方、歩くスピード、顔をしかめる) 行動がエスカレートする前に早期に対応する
介護者に「行動を読む」ように教える	言葉のパターン(常同言語など)や行動(探索するような行動)をみて、患者がストレスをどのように減らそうとしているのかを探る
環境調節	安全を確保する 方法やとっかかりをわかりやすくする 見当識がつきやすい工夫をする
介護者を常に支援する手段を用意する	介護者の教育・ニーズを把握する

① 評価・対応の流れ

1. 認知障害を引き起こす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(家族支援、介護保険の利用の有無)があるか確認する。
3. 理解力が不十分であり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。家族に情報を伝え、対応を相談する。

表3 認知障害のパラメータと評価

パラメータ	評価
機能	日常生活動作(ADL) (食事、更衣、排泄、整容、移動、入浴) 手段的日常生活動作(IADL) (乗り物の利用、金銭管理、服薬、買い物、食事の支度、洗濯、家事、電話) 全身状態(PS)
併存症	合併症の数 合併症の重症度
社会経済的問題	生活状況 介護者の有無 収入 交通機関へのアクセス 経済的問題
老年症候群	認知症 うつ病 せん妄 転倒 骨粗鬆症 虐待 自律性の喪失 持続的めまい
多剤投与	投薬数 薬物間相互作用
栄養	栄養学的なリスク

(文献4)を改変

4. 症状管理を行う。

- a) 薬物療法：認知改善薬 塩酸ドネペジル(アリセプト®)など
行動障害に対して、抗うつ薬、抗精神病薬を併用する。薬物療法の調整は総合的な判断を必要とする場合が多く、認知症に通じた精神科医と相談しながら進めるのが望ましい。
- b) 身体症状のアセスメントを行う。とくに疼痛は自己評価が得にくいいため、客観的な情報を広く集める。
- c) 介護保険を含め、患者・家族への支援体制を構築する。
- d) 介護者への支援・教育を行う。とくに、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。

○ 家族のケア

1. 家族の気持ちをたずね、理解することから始まる

がん治療に加えて認知症に関する問題が加わると、二重のステイグマを負わされる家族の精神的負担は非常に重い。多くの家族は自責感や罪悪感、悲しみ、患者への怒りなど、混乱し疲弊した状態になる。

まず家族の心身の状態をたずね、理解することから始まる。家族の苦しみや悲しみをまずたずね、介護の労をねぎらうことから始めたい。

2. 家族に安心感を取り戻していただける働きかけを行う

大事なことは、「患者が落ち着くためには、まず周りの家族がゆとりを取り戻すこと」であり、心身の休息とともに今後の家族の負担を最大限取り除くための調整を進める。

Point

家族への助言のポイント

- ① 介護の問題を一人で抱え込まないこと
- ② 介護者の自分自身の時間をもつこと
- ③ 介護者が全てをしようと思わないこと
- ④ 自分自身を責めないこと

文献

- 1) 財団法人日本統計協会：国民衛生の動向 2013 年，2013.
- 2) 日本精神神経学会（日本語版用語監修）. 高橋三郎／大野 裕（監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. p. 594, 医学書院, 東京, 2014.
- 3) Raji MA, Kuo Y, Freeman JL, et al : Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. Arch Intern Med 168 : 2033-2040, 2008.
- 4) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Senior Adult Oncology V.1., 2009.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/senior.pdf

[小川朝生]

専門家をめざす人のための

緩和医療学

編集

日本緩和医療学会 JSPM

オンライン
アクセス権
付き

南江堂

B 緩和ケアにおけるコミュニケーション	287
C 対応が難しい場合のコミュニケーション	289
D 家族とのコミュニケーション	291
E 医療従事者間のコミュニケーション	292

3. 社会経済的な問題と支援

A 社会経済的な問題	295
B 社会的な問題とその支援	296
C 経済的な問題とその支援	299
D 社会資源の活用	300

4. スピリチュアリティとスピリチュアルケア

A QOLと価値観	304
B 病いの体験	305
C スピリチュアリティとスピリチュアルペイン	306
D スピリチュアルケア	308

5. 家族ケアと遺族ケア

<家族ケア>	313
A がん患者家族になるということ	313
B 家族への対応	316
<遺族ケア>	317
A がん患者遺族になるということ	318
B 遺族への対応	319

6. 医療従事者の心理的ケア

A 医療従事者の心理的問題	322
B 医療従事者の心理的ケアの方法	324

第IV章 教育・研究

1. 教育

A 緩和ケア教育の類型化	330
B 卒前教育	330
C 卒後教育—基本的緩和ケアの教育	331
D 専門教育	333

医療従事者の心理的ケア

医療従事者の心理的問題

1. 緩和ケアにおけるストレス

がん患者のケアをする医療従事者の抱えるストレスは、医療従事者自身のメンタルヘルスを維持するうえでも、良質なチーム医療を提供するうえでも常に留意しておくべき重要な問題である。がん医療に携わる医療従事者は、がんという疾患の持つ死亡率の高さ、医療の進歩に伴い複雑化する医療技術への適応、社会一般からの高い関心などにより職務を遂行するうえで常に緊張を強いられる。また、がんの進行とそれに伴う著しい心身の衰弱、緩和困難な種々の難治症状(神経障害性疼痛、呼吸困難、倦怠感、終末期せん妄)など、がん医療特有の問題に直面する。さらに、がんの診断とその告知に始まり、再発、転移、副作用などの説明や、治療法の選択の提示、告知やこれらに伴って発現する患者の怒りや抑うつ、不安、依存をはじめとする多彩な心理的反応への対応など、医療従事者は複雑で困難な状況に置かれた患者と良好なコミュニケーションをとることを求められる。さらに終末期においては、患者の死にも直面する。また、患者の死に伴う家族の悲嘆への対応など、様々な難しい問題がその職務に含まれるのである。

このようなストレスから生じる精神心理的問題に燃え尽き(burnout)がある。本項では、医療従事者のストレスと燃え尽きについて解説する。

2. ストレスの機序

ストレスとは、人間と環境との関係において、ある状況がその人の持っている能力や資源に負担をかけたか、幸福を脅かしたりすると評価された状態と定義されている¹⁾。またストレス状態とは、①ストレスの原因となっている状況や出来事を示すストレス、②

ストレスに対する人の認知過程、③認知の結果として生じるストレス反応、の3つの段階によって構成されている。

一方、目の前にあるものや、起こっている出来事が同じであっても、人によって捉え方は様々である。たとえば「カンファレンスで先輩医師から、難しくて答えることのできない質問をされた」という状況を挙げてみる。この状況に対して、「初めて担当する病室だから、知らないこともある」、あるいは「思いもよらない質問だったので、とても勉強になった」、「次は答えられるようにしておこう」と捉えた場合には、その人はそれほどストレスを感じないかもしれない。一方で、同じ場面であっても、「やっぱり自分はダメだ」と捉えたり、「できないやつだと皆が思っているに違いない」、「これでも希望の料には入れてもらえなくなる」と捉えた場合は、強いストレスを感じ、それに起因するストレス反応が生じるであろう。つまり、同じストレスにさらされていても、個人の捉え方によって、ストレス反応が生じるかどうかは異なる。このような、日常場面で生じる個人の捉え方(考え)を、「認知」と呼ぶ²⁾。

困難な状況やストレスに直面したときに、個人がとる対処方法や問題解決方法のことをコーピングと呼ぶ³⁾(第Ⅲ章-1. 心理的応答-B. コーピング(対処)参照)。コーピングには、大きく分類すると、問題焦点型コーピングと情動焦点型コーピングがある。問題焦点型コーピングとは、実際に問題に対応する行動を起こすことである。たとえば前述のカンファレンスでの状況に対して、「カンファレンスでわからなかったことを自分で調べたり、指導医に聞く」、「自分の仕事をリスト化し、優先順位をつけて行動する」といった対処法は、問題焦点型コーピングにあたる。一方で、情動焦点型コーピングとは、気持ちを切り替えることや不快な情動を緩和することで問題に対処するやり方である。

ストレスを緩和する認知的な要因として注目されて

表1 燃え尽きに関連する症状

身体面	疲労
	心身の消耗
	頭痛
	消化器症状
	体重減少
精神面	睡眠障害
	高血圧
	不安感、焦燥感
	抑うつ
	意欲の低下、集中力・決断力の低下
職業上・社会的な面	無力感
	アルコールや睡眠薬などへの依存
	患者に対する思いやりが持てなくなる
	同僚やチームメンバーへの気配りが面倒になる
	批判的になる
職業上・社会的な面	良好な人間関係が築けない
	転職、離職
	仕事の効率の低下
	医療従事者-患者関係の悪化、ケアの質の低下

いるものの1つに、セルフ・エフィカシーがある。セルフ・エフィカシーとは、Banduraの提唱した概念であり、「自分にはこれだけのことができるのだ」という主観的な自分自身の能力と、その結果に対する判断を示す⁴⁾。ストレス場面を考えると、問題解決のための行動に対して、高い自信、すなわちセルフ・エフィカシーを持つことができた場合、実際に積極的な問題解決に取り組むことができ、結果としてストレスが緩和されることになる。

3. 燃え尽き

前述したように、ストレスを個人がどのように認知するかによって、その後のストレス反応は変わってくる。ストレス反応には、情動的反応、行動的反応、身体的反応の3つの段階がある。ストレス反応が継続した結果生じるものとして、しばしば取り上げられるものの1つに燃え尽きがある。

燃え尽きは、対人関係を扱う専門職におけるメンタルヘルスで注目されるようになった概念である。燃え尽きにはいくつかの定義があるが、代表的なものに「人に援助する過程で、自らの理想を持って熱心に取り組んだが、自分の努力は報われないに終わったことによってもたらされる疲労のありさま⁵⁾」(援助活動を行ううちに精神的活力を使い果たしたために起こる症候群

で、心身の極度の疲労と感情の枯渇、自己嫌悪、思いやりの喪失などを伴う⁶⁾)などがある。

現在では、Maslachの定義に基づき、医療従事者に認められる燃え尽きを、「長期間にわたり患者に援助を行う過程で、心理的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇をきたすことを主とする症候群」と定義することが多い。

① 症状

燃え尽きは主に、①情緒的消耗(emotional exhaustion: 心身ともに疲れ果てた)、②脱人格化(depersonalization: 同僚や患者に対する細かい気配りがおっくう、面倒になる)、③個人的達成感の低下(sense of low personal accomplishment: 自分は何のために仕事をしているのかわからなくなる)の3つの症状から構成される。一般的に、燃え尽きが進行するにつれて、①から③へ症状が加わる。

燃え尽きに関連する症状を表1にまとめる。

② 有症率

がん専門病院で働く医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・事務職員を対象とした調査の結果、各群とも燃え尽きを呈する割合は高く、一般的には看護師に最も多くみられる⁷⁾。がん医療に携わる医療従事者の燃え尽きに関する系統的レビューでは、研究によ

ストレスの発症に関与する要因		
生活に関連する要因	医療従事者-患者関係	仕事に関連する要因
少ない身体活動	患者と関わる時間が短い	仕事への適応がよくない
少ない社会活動	家族との関わりが強い	仕事に対する満足感が低い
少ない趣味の時間	コミュニケーションスキルに対する自信の欠如	医療チームのスタッフが少ない
少ない余暇時間	感情表出(怒りや不満などの強い患者への対応)	研究への興味が高い
少ない心理的サポート		治療決定への関与が低い

(文献6より引用改変)

りばつつきは大きいものの、燃え尽きの各症状において、情緒的消耗の有症率は36% (95%信頼区間: 31~41%)、脱人格化34% (30~39%)、個人的達成感の低下25% (16~34%)とされており⁹⁾、他の領域とはほぼ同等であった。

燃え尽きにより生じる問題

燃え尽きは、医療従事者個人の心身の状態に対してのみならず、患者に対するケアにも悪影響を及ぼす。医療従事者個人に対しては、疲労感や頭痛などの身体症状や、不安や抑うつ、不眠などの精神症状に加え、アルコールや睡眠薬をはじめとした薬物への依存に関係することが知られている。患者に対するケアに関しては、医療従事者が燃え尽きに陥ることで、ケアが機械的となり、ケアの質やひいては医療安全の低下にもつながる⁷⁾。また、長期欠勤や離職率の高さ、生産性の減少などと関連しているとも指摘されている⁸⁾。さらに、燃え尽きは、鎮静や安楽死を支持する医療従事者の背景因子の1つとしても抽出されている^{9,10)}。

燃え尽きの関連因子

燃え尽きの発症に関連する要因として、いくつかの因子が報告されている(表2)⁹⁾。

医療従事者の心理的ケアの方法

1. 個人と職場環境に関する6要素

医療従事者のストレスをマネジメントしていくためには、1つの決まった方法が存在するわけではなく、対象者の状況や特性に合わせて、様々な方法を組み合わせ柔軟に対応していくことが重要である。その際には、認知の変容、ストレスラーや問題解決、セルフ・

エフィカシー、ソーシャルサポートといった心理学的な概念を介入のターゲットとして活用するとより効果的である。

近年では医療従事者のストレスを、個人と職場環境に関する6つの要素におけるギャップで評価することが多い。個人と職場環境とのギャップが大きければ大きいほど、燃え尽きの症状を呈しやすいと考えられている。この6つの要素には、①仕事負荷、②コントロール、③報酬、④コミュニティ、⑤公平性、⑥価値観が含まれる¹¹⁾。

1) 仕事上の負荷(workload)
過度の仕事上の負荷は、個人を疲弊させる。過度の負荷は昔よりがん医療において問題として指摘されてきた。2/3の医療従事者が、個人の時間が十分にとれなかったり、休暇がとれないことを燃え尽きのリスクとして挙げている。また1/3が燃え尽きは患者ケアに影響を与えると答えた。また、患者との十分なコミュニケーションがとれないことによる信頼感の欠如も燃え尽きに関連することが報告されている。さらに、過度な負荷は家庭生活にも影響を与え、情緒的な消耗の原因にもなる。

2) コントロール
コントロールは効力感や脱人格化と関連する。個人が自分の仕事をコントロールしている実感が持てず、仕事に関する意義を感じられない場合にギャップが生じやすくなる。

3) 報酬
報酬は金銭的な報酬と、社会的報酬の二面がある。医療における難しいコミュニケーションに起因する問題は、しばしば社会的報酬の低減と関係する。

4) コミュニティ
職場において他の医療従事者と良好な関係を築けないときにギャップが生じる。喜びや快適さ、幸福感を他の者と共有できる場合にソーシャルサポートが得ら

れるが、一方では、対人関係上の問題も大きくなることで報告されている。

5) 公平性
仕事場における評価に関して、しばしば不公平が生じることがある。評価の公平性は、お互いの尊重と自尊心に強く関係する。

6) 価値観
人はしばしば仕事のうえで、自分自身の価値観にそぐわない業務を行わなければならない場合がある。組織が求める目標と個人の目標が大きく異なる場合に、価値観の対立が生じ、ケアの質が低下したり、職場のモラルが低下する可能性がある。

ストレス要因に対応した対人関係に注目した介入方法が開発されつつあるが、燃え尽きを予防するうえで有効性が示された介入方法は現時点では存在しない。コクラン・レビューでは、ヘルスケア領域の職場ストレスの予防について、個人や業務に直接働きかけるような効果的な介入方法に関してのエビデンスは限られていると結論されている¹²⁾。

2. 認知を変容させるアプローチ

ストレス状況において、「自分はなんて駄目なんだろう」、「いつもうまくいかない」といったネガティブな認知をすることで、ストレス反応として気分の落ち込みが生じる、という流れについては前述した。そして、その結果、仕事に十分注意が払えなくなってミスが増えたり、仕事に向き合うのがつらくなり研修会を休む、といった回避的な行動をとったりすることで、ますます「自分は駄目だ」と考えがちになる、という悪循環に陥る人は少なくない。

そこで、個人の認知を変えるアプローチをとることで、ストレス反応を生じにくくし、悪循環が起らないように予防することが可能といわれている。たとえば、「自分は駄目だ」という認知が生じた場合でも、「いや、いつもだめなわけじゃない。×××のときはうまくいったのだ」と捉え直したり、「誰でも失敗はするものだ」、「今までも何とか乗り越えてきたから、これからも大丈夫」といった言葉を自分に向け、より適応的な認知に修正していくことで、多くの場合、気分の落ち込みの度合いは軽減され、悪循環を予防できる。このように、具体的な行動をとるタイプのストレス対処とは異なる、個人の認知を変えることでもストレス対処は可能であり、近年こうしたアプローチも試みられている。

3. 問題解決技法

日常の様々な問題やストレスに対して、解決策の選択肢を見つめ、その中から最も有効な手段を見出すとするプロセスのことを、社会的問題解決と呼ぶ¹³⁾。ここでの問題とは、何らかの障害により、自分がそうありたいと思う状態と現在の状態が一致せず、効果的な解決策がとれない状態のことをいう。そして、効果的な解決策とは、メリットが最大でデメリットが最小となるように問題に対処するやり方のことである。

D'ZurillaとGoldfriedは、社会的問題解決のプロセスについて5段階のモデルを示し、①問題をどのように捉えるかという問題志向性の段階、②問題を明らかにし、目標をどう設定するかという問題の明確化の段階、③解決策をどのように考え出すかという解決策の選出の段階、④どのように有効な解決策を選択するかという意思決定の段階、⑤実行した解決策が成功したか否かをどのように評価するかという解決策の実行と評価の段階、とした¹³⁾。第一段階では、問題に対する態度をみる。第二段階では、その人にとっての問題を特定し、望ましいアウトカムを現実的な目標として設定する。また、第三段階では、3つのルールに従いできるだけ多くの解決策を考える。3つのルールとは、解決策の弊し悪しさを考えずにとにかく多くの解決策を考える「数のルール」、解決策の実際の効果の判断を後回しにする「判断後回しのルール」、一般的な戦略を立てると同時に具体的な戦略についても考える「戦略-戦略の手続き」である。第四段階では、メリットとデメリットを分析し、最もメリットが大きく有効な解決策を選ぶ。最後の第五段階では、解決策を実行し、結果をチェックし、それが満足いくものであったかを評価し、自己強化を行う。

4. ソーシャルサポートの強化

ある個人がある時点で他者から得ている有形無形の援助のことを、ソーシャルサポートと呼ぶ¹⁴⁾。ソーシャルサポートは大別すると、道具的サポートと情緒的サポートに分けられる。道具的サポートとは、アドバイスや具体的手助けなどであり、情緒的サポートとは、励ましや共感といった気持ちの面での援助である。

ソーシャルサポートを得やすい人や、実際に多く得ている人は、そうでない人に比べて、ストレスにさらされた際により良好に対処できるといわれている。よって、医療従事者のストレスマネジメントにおいて、ソーシャルサポートの有無やその質は非常に重要であ

る。職場でのソーシャルサポートを例に挙げれば、担当患者との関係で悩んでいるときに、上司や同僚から日頃の努力をねぎらわれたり、関係改善に役立つような工夫や資料を紹介してもらったりといったソーシャルサポートを得ることで、「しんどいけれど、自分はよく努力しているし、周りはわかってくれている。何とかやっつけていける」と思える、といったことである。こうしたやりとりは、医療現場でしばしば起こっているであろう。また、職場の外でも、心身の負担の高い職務の後に、家族や友人と食事をして落ち着いた時間を過ごすといったソーシャルサポートを得ることで、ストレス反応が緩和され、「また明日も頑張ろう」と思えることなどは、その一例である。

5. 介入プログラム

前述の認知を寛容させるアプローチや問題解決技法、ソーシャルサポートの増強といった方法を統合的に組み合わせて行うのが、ストレスマネジメントである。医療従事者に対するストレスマネジメントのためのプログラムの目的は、予防的にストレスに対する効果的な対処方法を身につけることである。すでに燃え尽きを発症してしまった医療従事者に対しては、一般的な精神医学的な治療、カウンセリングなどの臨床心理学的介入が必要である。本項では予防的な目的で用いられるストレスマネジメントのプログラムについて紹介する。

まず、ストレスマネジメントのための介入は、主に前述したストレス過程の認知に対して働きかけを行い、その修正を試みるものである。ストレスマネジメントプログラムは、ストレス過程に対する理解を深めるような心理教育的介入、認知的枠組みの修正を行う認知行動療法的介入、自律訓練法や漸進的筋弛緩法などのリラクゼーショントレーニングなどによって構成されている場合が多い。

● 海外における介入プログラムの具体例

海外では、医療従事者に対するストレスマネジメントプログラムに関する研究がいくつか行われている。たとえば、76例の看護学生を対象に、ストレスマネジメントトレーニングが行われている¹⁹⁾。対象者の不安と抑うつをターゲットにして、認知の寛容の促進、リラクゼーショントレーニングを含む介入を週2回、50分のグループで行った。その結果、介入群とコントロール群を比較して、不安と抑うつが有意に改善されたことが報告されている。

● 職場環境の改善を目指した介入

ストレス要因に対応した対人関係に注目した介入方法が開発されているが、燃え尽きを予防するうえで有効性が示された介入方法はいまだに多く、その途上である。

海外においては、マインドフルネスの理論に基づいたストレス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction)をがん領域で勤務する看護師を対象に施行した報告がある。

なお、医療従事者に限らず、一般に多くの企業組織で職場の人間関係が職員のストレスになっている可能性が問題になっている。いわゆる「不機嫌な職場」問題は、医療従事者の職場でも考慮する必要がある。この対応については成書を参照されたい。

● コミュニケーションスキルトレーニング

がん領域において、医療従事者は病に苦しむ死の過程にある患者とその家族とコミュニケーションをとり続けなければならない。従来、医療従事者はそのような患者や家族に対して共感を示し、あるときは感情を抑制して対応することが求められるとされてきた。しかし、不自然な共感の態度や行きすぎた感情抑制はかえって患者-医療従事者間の信頼関係構築を妨げることもある。海外の研究において、生物学的な意味での治療を主たる役割と認識するがん治療医は、患者のエンドオブライフ・ケアに効果的な介入ができていないと感じがちであることが報告されている。

コミュニケーションスキルトレーニングに関しては、スキル向上効果は限定的でありながらも、情緒的消耗を低減したとの報告や、燃え尽きのスコアが減少したとする報告もみられている¹⁶⁻²⁰⁾。

また、心理療法的な面接技術を日常的な医療現場にそのまま導入するのではなく、患者-医療従事者の関係性に配慮したコミュニケーションスキルが臨床的には必要とされている。死の過程にあり様々な苦悩を抱える患者は、極限状況にあるともいえるが、そのような患者に寄り添うためには、スキルにとどまらない人間対人間の関わりが求められることも少なくない。この極限状況の人間対人間の関わりを可能にするようなコミュニケーションスキルトレーニングが期待されている。

● チーム介入

海外においては燃え尽きを予防するためのチーム介入も検討されている。ここでは、3時間のセッション

を計6回実施するような研究も行われている。

(平井 啓, 川名典子, 小川朝生, 明智龍男)

● 文 献

- 1) Lazarus RS ほか: ストレスの心理学. 本明 寛ほか(監訳). 実務教育出版. 東京. p22. 1998
- 2) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84: 191-215. 1977
- 3) Freudenberger HJ: The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 18: 247-251. 1986
- 4) Maslach C et al: The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2: 99-113. 1981
- 5) Grunfeld E et al: Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 163: 166-169. 2000
- 6) Trufelli DC et al: Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 17: 524-531. 2008
- 7) Brook RH et al: Quality of health care: Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 335: 966-970. 1996
- 8) Cordes CL et al: A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 18: 621-656. 1993
- 9) Portney RK et al: Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics* 38: 277-287. 1997
- 10) Morita T et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20: 758-764. 2002
- 11) Cella DF et al: The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of

- the general measure. *J Clin Oncol* 11: 570-579. 1993
- 12) Marine A et al: Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Syst Rev* (4): CD002892. 2006
- 13) D'Zurilla TJ et al: Problem solving and behavior modification. *J Abnormal Psychol* 78: 107-126. 1971
- 14) 久田 清: ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. *看護研究* 20: 170-179. 1987
- 15) Johansson N: Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *J Am College Health* 40: 125-129. 1991
- 16) Fallowfield L et al: Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet* 358: 650-656. 2002
- 17) Fallowfield L et al: Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow up. *Br J Cancer* 89: 1445-1449. 2003
- 18) Razavi D et al: The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *Eur J Cancer* 29A: 1858-1863. 1993
- 19) Razavi D et al: How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post training consolidation workshops. *J Clin Oncol* 21: 3141-3149. 2003
- 20) Wilkinson S et al: Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Palliat Med* 22: 365-377. 2008
- 21) Butow P et al: Increasing oncologists skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psychooncology* 17: 209-218. 2008

8
0
0
0
0
1
3
4
6
8
8
8
9
9
10
13
16
16
16
17
18
18
20
22
22
22
22
24
25
97
99
11
11
12

専門家をめざす人のための

緩和医療学

オンライン
アクセス権
付き

編集

日本緩和医療学会 JSPM

南江堂

C 症 候	213
D 病態生理	215
E アセスメント	216
F マネジメント	217
G ケア	219
19. 高カルシウム血症 Hypercalcemia	矢部正浩, 田島恵子, 多田雅竜, 森田逸也 221
A 概 念	221
B 疫 学	221
C 症 候	222
D 病態生理	222
E アセスメント	224
F マネジメント	224
G ケア	226
20. 上大静脈症候群 Superior Vena Cava Syndrome	余宮きのみ, 田島恵子, 小原弘之, 有賀悦子 228
A 概 念	228
B 疫 学	228
C 症 候	228
D 病態生理	229
E アセスメント	230
F マネジメント	232
G ケア	233
21. うつ病と適応障害 Major Depression and Adjustment Disorder	清水 剛, 福嶋好雄, 小川朝生, 明智龍男 235
A 疫 学	235
B 危険因子	236
C 診 断	236
D 薬物療法	238
E 非薬物療法	240
F 精神療法	240
G 抑うつスクリーニングと包括的介入プログラム	241
H チーム医療	242
22. せん妄 Delirium	小川朝生, 小嶋智英恵, 奥山 徹, 森田逸也 244
A 概 念	244
B 疫 学	244
C 症 候	244
D 病態生理	246
E アセスメント	247

せん妄 Delirium

概念

せん妄とは、急性に生じる意識障害を主体とした精神神経症状の総称である。がん治療の初期段階から終末期まで、あらゆる時期において出現するが、特に終末期に近づくほどその頻度は高くなる。典型的には注意力の障害に加えて、不眠や昼夜逆転などの睡眠覚醒リズムの障害、感情の変動、精神運動興奮、幻視や錯視などの知覚障害、妄想といった多彩な症状が数日から数週間といった短期間で出現すること。その症状が数時間から数日のレベルで変動し、夜間に増悪する。

せん妄は、それ自身が患者に苦痛をもたらしたり、身体症状のコントロールを不良にするのみならず、家族や医療従事者とのコミュニケーションを障害し、家族にも苦痛と負担を強いる¹⁾。また、これまでせん妄は一過性の問題として認識されていたが、近年はせん妄が1年後の認知機能障害にも悪影響を及ぼしていること、せん妄が認知症のリスクを増加させること、死亡率の増加と関連があること、などの長期的な悪影響も報告されるようになってきている。

せん妄は、かつては急性に発症する精神運動興奮と意識変容、それに関連する幻覚・妄想を指す概念であり、精神病と対比して精神病理学的に検討されていたが、Lipowski がせん妄の概念を整理し、原因の如何にかかわらず、びまん性の脳機能障害の結果生じる様々な器質的精神神経症状として構成し直した²⁾。現在、診断基準として広く用いられている DSM-IV も Lipowski の概念を継承し、せん妄は見当識障害を中心とする意識障害を伴う器質性脳症候群として診断基準を定めている(表1)。

疫学

急性期一般病院において、入院後7~10日までの期

間でのがん患者のせん妄有病率は15%^{3,4)}であり、緩和ケア病棟やホスピスに入院する進行がん患者においては30%である^{5,6)}。緩和ケア病棟入院後から死亡まで前向きに追跡した研究では、入院時の有病率は42%で、全身状態が悪くなるにつれて有病率は上昇し、死亡前には88%に達することが報告されている⁸⁾。

症候

せん妄では、数時間から数日の前駆状態(意識レベルの軽微な変動、不眠、不安・焦燥感など)を経て多彩な症状が出現する。せん妄を呈する進行がん患者100例を対象に、各症候の頻度を調査した報告では、精神・行動の症状として睡眠覚醒リズム障害が97%であった一方、幻覚は50%、妄想は30%であったこと、また、認知機能障害としては注意力低下が97%であった一方、見当識障害は76%であったとされている⁹⁾。

せん妄でよく認める症候について、以下に説明する。

1. 注意力障害(意識障害)

意識とは、自己と自己を取り巻く環境に対する正しい認識と定義される。意識を評価するには、覚醒(arousal)、刺激に対して鋭敏に反応するか)と認知(cognition)、周囲の物事をどれくらい正確に捉えているか)の2面から行う。たとえば、意識清明の状態とは、反応が良好で覚醒レベルが高く、かつ問題を正しく認識できている状態である。一方、昏睡とは、覚醒レベルが低い(すなわち刺激に対する反応が低下している)状態であり、認知症は、覚醒レベルは保たれている(刺激に対する反応は良好である)が認知が不良(周囲の状況の理解が悪い)状態となる。

患者が周囲の状況を正しく理解しているか否かを厳密に評価するためには、理解の質的な内容を確認しなければならず、臨床上一困難である。そのため、意識の

表1 せん妄の診断基準

DSM-IV 診断基準	臨床場面で現れる症状
注意集中、維持、転換する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における透明度の低下)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会話のつじつまが合わない ・ 場当たり的な返事を繰り返す ・ ベッドの周囲が乱雑で整理できない ・ 周囲の状況が理解できない様子で困惑している ・ 声をかけないとすぐに寝てしまう ・ 直前のことを思い出せない ・ 同じ質問を繰り返す ・ 指示を理解できずにとまどっている
認知の変化(記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院と家間違えている ・ 朝と夕方を間違える ・ 人がいないのに「人がいる」と言ったり、話しかけるようなそぶりを見せる ・ 虫もいないのに、虫をつまむようなくさくさをする ・ 午前中はしっかりと会議もできていたのに、夕方あたりからそわそわと落ち着かなくなる ・ 面会者が帰ると、窓が勝手に自室の中をうろつくる ・ 夜になると「家に帰る」と繰り返す、トイレに頻回に行く ・ 点滴を絡ませてしまう、抜いてしまう ・ 症状の出現に前後して、感染や脱水など明らかでない身体の変化がある ・ 症状の出現前に、薬剤変更がある
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間~数日)、1日のうちで変動する傾向がある	
病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある	

正確な評価の代わりに、覚醒レベルを評価して代用する。一般に覚醒レベルが落ちると、注意を維持したり転換することが困難になることから、注意力の障害を持って覚醒レベルを判断する(Japan Coma Scale, Glasgow Coma Scale)。

注意とは、意識的・意図的に1つの対象や複雑な体験の1つのコンポーネントに心的エネルギーを集中し、他の情動的ないし思考的内容を排除することである。注意には3つの作用、①ある刺激に注意の焦点を当てる(注意の選択)、②注意を焦点づけしたらそれを維持する(注意の維持)、③適切に注意を振り分ける(注意の制御)があるが、せん妄ではいずれも障害され、「ぼんやりして指示が入らない(選択の障害)」や「作業がすぐに中断する(維持の障害)」、「いろいろな刺激に反応してそわそわし、落ち着きがない(制御の障害)」が認められる。

せん妄では、覚醒レベルが変動するのが一般的であり、せん妄の徴候として認められる意識障害、注意力障害を評価するのが難しい一面がある。ある程度の覚醒水準が維持できているときに、注意機能や認知機能の評価を行う。

2. 睡眠覚醒リズムの障害

日中の睡眠傾向と夜間不眠という睡眠覚醒リズムが逆転する現象は、せん妄の特徴的な症状であり、診断や回復過程を判断するうえで重要である。生体リズムの障害は、せん妄症状が夜間に悪化することもある。せん妄の責任病巣が脳幹・視床・視床下部と推定されることから、概日リズムが障害されるためと考えられている。

3. 認知機能障害

認知機能と注意力とは相互に大きく関連しており、注意力が障害されると大なり小なりあらゆる認知機能は障害される。

1) 見当識障害

人や空間(場所)、時間に関する見当識を確認することは、せん妄のスクリーニングとして多用される。見当識自体は、注意力と記憶力、精神運動興奮などの影響を受ける。

2) 記憶障害

記憶機能は、記録、保持、想起の3プロセスで構成

されるが、せん妄の場合は特に記憶力が障害される。また短期的記憶、長期的記憶の双方が障害される。

3) 発話の障害

せん妄では発話は全般に低下する。特定の言語障害を呈することは少なく、注意力障害を反映して錯語や保続が多い。軽度のせん妄では、書字などの障害は目立たない。

4) 書字の障害

書字は、運動や巧緻、視空間能力、言語など高度な能力を総合的に要する動作である。せん妄での書字障害を系統的に調査した研究は少ないが、臨床においてはせん妄の早期から障害が生じることが知られており¹⁰⁾、感受性の高い徴候である。

4. 知覚障害

幻覚は、外界からの刺激情報が存在しない状況において、感覚受容系の末梢から大脳皮質に入力される情報処理過程と、大脳皮質から末梢系への情報処理過程との協調的制御の機能障害の結果として生じる誤った知覚である。

かつてはせん妄の中核症状として、知覚障害が幻覚妄想などの精神病症状と併せて強調されたが、その背景には、アルコール乱用や離脱せん妄、頭部外傷を対象に、意識障害を中心とした診断が行われていたことと関係する。せん妄の中核概念が「脳器質性症候群(原因を問わないびまん性の脳障害の結果生じる様々な精神症状を含む)」に移ったことから、診断的価値は相対的に低くなった。現在のDSM-IVに基づく診断では、せん妄のうち、幻覚が認められたのは32%であり、そのうち27%は幻視、2.7%は幻聴との報告がある¹¹⁾。

せん妄の幻覚は、薬剤性精神病のように構造化された幻覚は少なく、時間も短く断片的であることが多い。ホスピスに入院中の患者の幻覚を調べた研究では、43%に幻覚を認めたが、多くは光や影などの要素的な幻視であった¹²⁾。半数は入眠・覚醒時で、幻視の出現はオピオイドの使用と関連していた。

5. 思考障害

注意力障害を反映して、多くは記憶の再生に正確さを欠き、内容も散漫になり一貫性がなくなる。軽度のせん妄の場合には、自分自身が集中力を欠いていることに気づき、医療従事者に報告することもある。

思考が散漫になることに加えて妄想が交じることもある。せん妄に伴う妄想は一時的であることが多く、

また統合失調症のような体系立った妄想を呈することはまれである。有症率調査では、妄想はおよそ30~54%に認められたとの報告がある⁹⁾。

6. 精神運動興奮

せん妄では、注意力障害や睡眠覚醒リズムの障害に加えて、それぞれと落ち着きがなくなるなど過活動になったり、逆に活動が低下し、反応速度も低下する(低活動)ことがある。このような反応速度の変化に基づいて、せん妄を、①過活動型、②低活動型、③混合型、の3型に分類することがある。分類に関連して注意をしたい点は、反応速度による分類は固定しているものではなく経過を追う中で互いに移行し合うこと、特に注意をしたいのは、低活動型から過活動型に移行することがある点である。そのため、静かで問題行動がないから治療をしなくてもよい、ということにはならない。

低活動型については、思考や行動が遅くなり言葉が減ると、一見周囲の物事への関心がなくなったように見えるため、うつ病と誤って捉えることがあるので注意が必要である。

病態生理

びまん性の脳障害に伴う症状をせん妄と総称することから、脳の広範囲にわたる機能不全を生じさせるあらゆる要因がせん妄に関連する。背景因子が多様・複雑であることから、せん妄の病態機序はまだ十分に解明されていないが、神経生理学、生化学に様々な検討が進められている。

1. 神経生理学

脳神経の巨視的な活動を評価する手段として脳波検査がある。せん妄では脳波上びまん性の徐波が認められ、診断、重症度の評価、鑑別診断として標準的な検査に位置づけられる。また薬剤性のせん妄の場合には、 β 帯域(13~35 Hz)がしばしば増加する。

このような脳波変化は、抗コリン薬を他常人に投与した場合にも認められる。抗コリン薬の投与量に依って覚醒度が落ち、脳波上も α 波が増減し、 δ 波や θ 波が増加する。この脳波変化から、コリン系伝達神経とせん妄との関連が推測されている。

せん妄の病態生理

中枢神経系への直接浸潤	原発性脳腫瘍、転移性脳腫瘍、がん性脳膜炎
臓器不全に伴う代謝障害	肝不全、腎不全
低酸素	呼吸不全
循環不全	心不全、低血圧
電解質異常	高カルシウム血症、高ナトリウム血症
感染症	敗血症
血液学的異常	貧血、播種性血管内凝固症候群
栄養障害	低栄養、ビタミン欠乏(チアミン(ビタミンB ₁)、ビタミンB ₁₂ 、葉酸、ナイアシン)
感染関連症候群	ホルモン産生腫瘍(小細胞肺癌)、肉腫腫、甲状腺腫瘍
薬物	オピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤、コルチコステロイド、インターフェロン、抗コリン作用のある薬剤
離脱症候群	アルコール
その他	脱水

2. 生化学

せん妄の中核症状と関連して、睡眠覚醒リズムを司る神経系を中心に検討が進められている。特に、コリン系はせん妄発症の最終経路と考えられている。コリン系神経は前脳基底部と脳幹賦活系から皮質に伸び、睡眠覚醒サイクルのコントロールや注意・記憶に強く関係する。臨床では、抗コリン作用を持つ薬剤はせん妄の危険因子であり、関連して、せん妄状態で血中抗コリン活性が上昇しているとの報告がある。

コリン系以外の神経伝達物質では、ドパミン系やノルアドレナリン系も、コリン系と協働して睡眠覚醒リズムを作るのに関連し、コリン系の相対的な機能低下とドパミン系の過活動のせん妄状態との関連が指摘されている。

セロトニン神経系は、脳幹の縦線核と視床下部に起始部があり、睡眠の惹起、特にレム(rapid eye movement)睡眠との関連で、幻覚などの知覚障害と関連する。せん妄との関連では、高齢者や肝性脳症、敗血症や術後において、セロトニン代謝が障害され、皮質内のセロトニン濃度が変動することが、せん妄症状と関連すると考えられている。術後や肝機能障害がアミノ酸代謝に影響し、セロトニンの前駆体であるトリプトファンの取込みが減少することを通して、中枢神経系内のセロトニン濃度が変化することが想定される。

神経伝達物質以外では、脳内の炎症反応に合わせてサイトカインが関与する可能性も指摘されている。

3. 原因

せん妄の原因を検討するにあたっては、準備要因、

促進要因、直接要因に分けて考える。

1) 準備要因

脳機能低下をきたしやすい個人特性を指す。高齢であること、脳梗塞などの脳器質性病変の存在、認知症の存在などがこれに相当する。

2) 促進要因

それそのものによってせん妄を引き起こすことは少ないが、ひとたび発症したせん妄を促進・重篤化・遷延化する要因を指す。環境変化、痛みなどの身体症状、視覚障害や聴力障害といった感覚遮断などがこれに相当する。

3) 直接要因

せん妄を引き起こす直接の原因となる身体的要因を示す。脳内神経伝達を阻害する可能性があるものは、せん妄の直接要因となりうる(表2)。

術後せん妄のように、治療による侵襲など原因が1つに特定できる場合もあるが、進行がん患者のせん妄は複数の要因が重畳する¹³⁾。特に緩和ケアの領域では、薬剤性、特にオピオイドが関連するせん妄の比率が20~60%と高い。

アセスメント

主なせん妄のスクリーニング・評価尺度について表3にまとめた。また日本版の有無についても表3に示した。

1. 診断

正式にはせん妄の診断は臨床症状と診断基準(DSM-

せん妄の病態生理

目的	評価尺度
スクリーニング	Delirium Observation Screening Scale(DOSS) Intensive Care Delirium Screening Checklist(ICDSC) Nursing Delirium Screening Scale(Nu-DESC) Mini-Mental State Examination(MMSE) [*]
スクリーニング(診断)	Confusion Assessment Method(CAM)
重症度評価	Memorial Delirium Assessment Scale(MDAS) [*] Mini-Mental State Examination(MMSE) [*] Clinical Assessment of Confusion(CAC) Delirium Rating Scale(DRS) Delirium Rating Scale-Revised-98(DRS-R-98) [*] NIECHAM Confusion Scale Agitation Distress Scale(ADS) Communication Capacity Scale(CCS) [*] Delirium Motor Subtype Scale(DMSS)
病型評価	

^{*}：日本語版の信頼性、妥当性が確立されているもの

IVあるいはICD-10)に基づく診断がゴールドスタンダードである¹⁴⁾。

Confusion Assessment Method (CAM)は、海外では一般病棟や集中治療室(intensive care unit: ICU)を中心にせん妄の診断ツールとして広く使用されている。CAMはDSM-IVの操作基準のうち4つ(①急性発症と症状の変動、②注意力障害、③まとまりのない思考、④意識レベルの変化)を用いて診断的に判定する方法である。使用方法のトレーニングを受けた医療従事者が使用することで、感度(94~100%)、特異度(90~95%)と高い判定率を持ち、臨床・研究において診断目的でしばしば使用されている¹⁵⁾。

2. スクリーニング(表3)

簡便な認知機能検査として、Mini-Mental State Examination(MMSE)¹⁶⁾が用いられることが多い。MMSEは高齢者の認知機能障害全般を簡便に評価する方法で、10分ほどで実施することができ、簡単に障害のプロフィールを判定することができる。しかし、MMSE自体は認知機能評価を目的としており、認知症や他の認知機能障害との鑑別が必要である。

看護師が用いるせん妄の簡便なスクリーニングとしてNursing Delirium Screening Scale(Nu-DESC)があり、客観的評価のみで施行することが可能である¹⁷⁾。

3. 重症度評価(表3)

重症度評価方法には、Delirium Rating Scale-Revised-98(DRS-R-98)¹⁸⁾やMemorial Delirium Rating Scale(MDAS)¹⁹⁾がある。

DRS-R-98は、DRSをもとに修正開発された重症度評価方法である。DRS-R-98は、13の重症度項目と3つの診断項目からなり、症状評価と経時的な重症度評価ができる。

MDASは重症度を評価する目的で開発された尺度であり、DSM-IV診断基準と整合性のある14項目からなる。

4. 病型評価

これまで病型分類に関する複数の基準が用いられてきたが、近年、これらを統合した病型分類基準として、Delirium Motor Subtype Scale(DMSS)が開発された²⁰⁾。11項目からなり、運動症状に基づいて、活動型、低活動型、混合型、閾値下型に分類することが可能である。

5. 脳波

脳波検査は、せん妄に対する感度・特異度とも高い臨床検査であり、臨床症状と併せて実施をし、診断補助ならびに原因探索に有用である。せん妄では一般に

基礎律動の徐波化が認められる。肝性脳症など代謝障害を原因とする場合には三相波が、アルコール離脱せん妄の場合には低振幅遅波が出現する。脳波検査が特に重要な意義を持つのは脳転移やがん性髄膜炎を合併する場合であり、非電撃性てんかん重積状態の合併を判断する唯一の方法である²¹⁾。

6. 画像

脳転移やがん性髄膜炎など器質性病変が疑われる場合には、頭部CTやMRIによる画像評価を行う。

7. 鑑別診断

せん妄は認知機能障害をきたすという点、ともに高齢者で頻度が高いという点で認知症との鑑別が重要である。またともに活動性の低下をきたすという点で、低活動型せん妄はうつ病との鑑別を要する。これら3疾患の典型例における鑑別点としては、発症様式(せん妄は急性、うつ病は緩徐・亜急性、認知症は慢性)、意識状態(せん妄では混濁、うつ病・認知症では清明)、日内変動(せん妄では夜間増悪、うつ病・認知症では目立たない)、知覚障害(うつ病・認知症でも出現することがあるが、せん妄でより頻度が高い)、身体的原因(せん妄では存在)などがある。これらに加え、せん妄と認知症の鑑別点として、経過(せん妄は変動性があり一過性、認知症は持続性)、せん妄とうつ病における鑑別点として認知機能障害(せん妄で顕著、うつ病では主観的訴え)、気分症状(せん妄では抑うつ的にみえてもそのようには言語化されない・あるいは変動的、うつ病では言語化される)、希死念慮の背景(せん妄では変動的・抑制欠如、うつ病では無価値観・自責感)などがある²²⁾。



マネジメント

1. マネジメントの原則

せん妄は診断すると同時に、原因を探索し、回復・修正可能な原因を特定する必要がある。診断をつけるためには、家族や医療従事者からも経過を聴取し、せん妄発症以前の状態と、現在(せん妄発症後)の精神状態の双方を把握することが重要である。

がん患者の場合、単独要因のみでせん妄を発症することはなく、潜在的な関連要因が蓄積することがほとんど

である。まず見落としてはならないのは、アルコールと薬剤(特にオピオイド、ベンゾジアゼピン系薬、抗コリン薬)である。次にせん妄の危険因子である身体合併症や脆弱性の評価、認知症の有無、多剤併用、感染、脱水、腎機能障害、電解質異常(ナトリウムやカルシウム)、肝機能障害、低栄養などを評価する。血液検査(血算、一般生化学、凝固系)を行い、症候性てんかんを疑う場合には脳波検査を、頭蓋内病変を疑う場合には画像検査を併用する。

関連が疑われる要因が特定できたらば、補正できる要因を補正しながら、せん妄の症状コントロールを併せて行う。

せん妄の治療のゴールは患者が覚醒し、注意も適切に払え、認知も改善し、意思決定ができ、快適に過ごし、周囲とも適切なコミュニケーションがとれることにある²³⁾。ただし、終末期の臓器不全に伴うせん妄は回復困難であることも多いため、治療の目標を修正し、患者・家族の不快を可能な限り取り除くことを主眼とする。

がん患者においては、痛みに対してオピオイドを使用することも多いため、それに伴うせん妄に遭遇することが多い。その場合、まずはせん妄の評価と同時に疼痛のアセスメントを行う。せん妄の積極的なマネジメントに加え、鎮痛補助薬や放射線治療といったオピオイド以外の疼痛治療やオピオイド・ローテーションも考慮に入れるが²⁴⁾、疼痛緩和とせん妄コントロールが両立しないときには、それぞれの症状による苦痛の程度や、患者・家族の優先順位を考慮したマネジメントが必要となる。

2. 薬物療法

せん妄の症状を緩和するために、ほとんどの場合は薬物療法を実施する。

●抗精神病薬(表4)

抗精神病薬は、もともとは統合失調症や双極性障害の治療薬として開発された薬剤であるが、せん妄の症状緩和において標準的に用いられている。抗精神病薬の作用機序は正確にはまだ明らかではないが、脳内のドパミンやセロトニン神経系のシナプス伝達を阻害・修飾して作用すると考えられている。抗精神病薬は定型抗精神病薬(第一世代)と非定型抗精神病薬(第二世代)とに分けられる。

定型抗精神病薬は1950年代に、最初に精神障害に対して強力な症状改善作用を持つ薬剤として開発さ

薬剤名	投与経路	常用量	半減期	使用上の注意点	特徴
定型抗精神病薬					
ハロペリドール	経口、静脈、筋肉、皮下	0.75~10 mg	10~24 hr	・ 錐体外路症状の発現率が高い ・ 高用量では心電図でQT間隔のモニタリングが望ましい	・ 標準的な治療薬 ・ ハロペリドール単独でせん妄症状のコントロールができた比率は60%で、精神運動興奮が強い場合には、ベンゾジアゼピン系薬剤やクロルプロマジンの併用が必要
クロルプロマジン	経口、筋肉、皮下	10~25 mg	10~59 hr	・ 強い α_1 受容体阻害作用があり、鎮静効果が高い反面、血圧低下など循環動態への影響がある ・ 痙攣閾値を下げるため、痙攣発作のある患者では、痙攣発作に注意を要する	・ ハロペリドールに比べて強い鎮静作用があるため、強い鎮静作用が強い場合に用いる
非定型抗精神病薬					
オランザピン	経口、筋肉	2.5~10 mg	21~54 hr	・ 鎮静効果が高い ・ 過鎮静のために投薬量が制限されることがある ・ 代謝障害のリスク	・ 難治性悪心・嘔吐の治療薬として使用されることがある
リスベリドン	経口	0.5~4 mg	4~15 hr	・ 活性代謝物が腎排泄のため、腎機能低下時に過鎮静が生じる場合がある ・ 代謝障害のリスク	・ 鎮静作用は弱い、活性代謝物があり、半減期が長い
クエチアピン	経口	12.5~200 mg	3~6 hr	・ 代謝障害のリスク	・ 半減期が短く持ち越し効果が少ない ・ 錐体外路症状がほとんどなく、パーキンソン病のせん妄・精神症状には第一選択薬となる
アリピプラゾール	経口	6~24 mg	40~80 hr	・ アカシジアが生じやすい	・ 鎮静効果がない ・ 低活動性せん妄に対して主に使用される

せん妄に対する抗精神病薬の使用は、適外使用ではあるものの、平成23年9月28日厚生労働省保健局医療課長通知(保医発0928第1号)により、クエチアピン、ハロペリドール、ベロスピロン、リスベリドンは、「臨時的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合に、当該使用事例を保険診療上認める扱いになっている。

れた。定型抗精神病薬はドパミン作動神経のD₂受容体を阻害することで、幻覚や妄想などの精神症状を改善させる作用がある。定型抗精神病薬はドパミン受容体阻害作用の強さの程度に応じて、高力価・低力価と分類される。高力価薬の代表的なものとしてハロペリドール、低力価薬の代表的なものとしてクロルプロマジンがある。高力価薬は錐体外路症状が生じやすく、低力価薬は鎮静作用が強いという特徴がある。

非定型抗精神病薬は、ドパミン受容体に加えてセロトニン受容体阻害作用を併せ持つ薬剤である。非定型抗精神病薬の最大の特徴は、錐体外路症状の発現率が低い点、ほとんどない点である。せん妄に対する治療効果も検討されており、これまで標準治療とされてきたハロペリドールに劣らぬ臨床効果と有害事象の発現率の低さが明らかとなってきたため、せん妄治療薬の主薬になりつつある。代表的な薬剤に、リスベリドン

やオランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどがある。

近年、抗精神病薬のせん妄に対する治療効果を報告する無作為化比較試験が報告されるようになった^{24,25}。抗精神病薬の有効性を示した報告が多いが、概して小規模で背景因子が整えられていない。有害事象評価が十分にされていない、という問題がある。また、がん患者に対する治療効果を検討した研究はほとんどなく、知見の集積が必要である。抗精神病薬間における優劣についても十分な知見が得られていないが、臨床では服用方法や副作用プロファイルなどを考慮して選択する。

● 抗精神病薬を用いるうえでの注意点

がん患者のせん妄に対して使用する場合のリスクに関しては、統計学的に有意なリスクの上昇は指摘されていないもの²⁶。抗精神病薬の使用・選択にあたっては全身状態を評価し、リスクを踏まえた後に行うことが望ましい。

抗精神病薬に伴う有害事象には、錐体外路症状、過鎮静、抗コリン作用、糖代謝および脂質代謝異常・体重増加があり、特に錐体外路症状は定型抗精神病薬では運用により10%程度出現することから、定まった評価方法を用いて定期的なアセスメントをしつつ用いる。またハロペリドールでは、高用量を静注で用いる際に、頻度は低いもののQT延長とtorsades de pointesのリスクが指摘されており、使用に際しては心電図の確認が必要である。

がん患者を対象とした報告ではないが、非定型抗精神病薬を高認認知症患者に用いた比較試験のメタ解析において、非定型抗精神病薬を投与されていた群の死亡リスクが1.6~1.7倍であったとの報告が出て²⁹、米国食品医薬品局(Food and Drug Administration)は注意を喚起した。その後、定型抗精神病薬を含めた解析では、定型抗精神病薬でよりリスクが高いとの報告がある。近年では各薬剤間でのリスク評価も行われ、非定型抗精神病薬間でも薬剤間での差があること、定型抗精神病薬は概してリスクは高いことが明らかになってきた²⁹。死亡リスクを上昇させる病態ははっきりとは解明されていないが、循環障害と感染のリスクが指摘されている。

● 薬剤による予防的介入

近年、術後せん妄やICUでのせん妄に対して、薬剤を予防的に用いた効果について検討した報告がなされるようになった。術後せん妄に関する抗精神病薬に

よる予防に関するメタ解析の結果、予防投与によって頻度が50%減少するとの報告がある。メラトニンを急性期の高齢患者に用いた小規模な検討では、予防的な効果を上げる可能性が指摘されている。α₂アゴニストは、ICU人工呼吸管理下で用いた場合に、ミダゾラムと比較してせん妄のリスクを低下させたが、一般病棟や緩和ケア病棟では使用しづらい薬剤であり、適応の可能性は低い。

● コリンエステラーゼ阻害薬

せん妄発症の最終経路がコリン系神経と考えられていることから、コリン系を不活化するコリンエステラーゼ阻害薬をせん妄治療に用いる検討がなされたが、無作為化比較試験ではその有用性は示されていない³⁰。ICU入室した患者を対象として、ハロペリドールにリバスチグミンを加えることが、アラセボを加えることと比較してせん妄期間の短縮に有効であるかを検討した研究が行われたが、死亡率が上昇したために中止となった。原因に関しては明らかになっていない³¹。

3. 非薬物療法

せん妄はがん患者のみならず、高齢者では急性期病院、療養施設、在宅を問わずに発症する。せん妄の要因は多方面にわたることから、促進因子、直接原因のリスクを減らすためにリスク評価と併せた総合的な介入が試みられている(表5)。

非薬物療法の治療効果の検討では、せん妄の増悪因子となる環境要因を減らすために、多職種による複数の介入をまとめたプログラムが検討されている。高齢者病棟においてCAMやNu-DESCなど評価の定まったスクリーニングを実施し、そのうえで老年医学の専門家によるコンサルテーションの介入が行われたが、在院期間や死亡リスクには影響しなかった^{32,33}。

せん妄の発症を予防できるかどうかを同様の総合的介入を用いて検討した比較試験では、高齢急性期患者においてせん妄発症頻度を低下させた。一方、終末期のがん患者に対して、コンサルテーションスタイルの介入を実施した比較試験においては、せん妄の発症頻度、期間とも変化がなかった。その違いが生じた背景には、急性期患者においては脱水や薬剤性など介入効果の出やすい要因が寄与する割合が高い一方、終末期のせん妄では多臓器障害など非薬物療法での介入が難しい要因が多いと考えられる。

項目	内容
全般	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院後早期(24時間以内)にせん妄のリスクを評価する ケアは個々人のリスクに応じて組み合わせる ケアは多職種で行う <p>せん妄のリスクが高いと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当するスタッフはできるだけ替えずに固定する 頻回の部屋替え・移動は避ける
認知機能への予防的介入、見当線の強化	<ul style="list-style-type: none"> 適切な照明とわかりやすい表示をする(時計やカレンダー) 見当線をつけるための声かけ、物さげをする 認知を促進する働きかけをする 家族の付き添い・見守りを促す
脱水の予防 栄養アセスメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> 水分摂取を助める 食事摂取量の確認 栄養状態の評価を定期的に実施
感染予防	<ul style="list-style-type: none"> 感染防止策の徹底 不要なルートは外す 感染徴候を早期に発見し治療を行う
痛み	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛アセスメントを必ず行う 疼痛が疑われる場合には適切にマネジメントをする
睡眠リズムを維持する	<ul style="list-style-type: none"> 夜間の不眠な音を減らす 睡眠中の処置は避ける 睡眠を妨げるような投薬を避ける(就寝中の内服、夜間の排尿を促すような連続した輸液など)
多剤併用療法を極力避ける	<ul style="list-style-type: none"> 投薬内容を把握する 相互作用を確認する せん妄のリスクとなる薬剤については、地悪薬因になっていないかどうかアセスメントをする
行動への予防的介入	<ul style="list-style-type: none"> 術後の早期離床を促す 入院中の歩行を促す 歩行困難な患者を含め、関節可動域訓練(ROM)を助める
排便・排尿の問題がないか確認する	<ul style="list-style-type: none"> 便秘の予防 尿閉・失禁の予防・対応

ケア

せん妄を助長する身体的苦痛には、不快な皮膚刺激(シーツのしわ、身体に触れるチューブ類、衣服の刺激、発汗、不快な温度)などもあるので注意し、清潔ケアを行う。可能ならば、日中の活動に適切な感覚刺激や運動(午前中に日光浴をしたり、車椅子での散歩や可能な範囲でのリハビリテーションなど)を取り入れる。つじつまの合わない音動に対しては、無理にその場で訂正したり、不用意に制止すると興奮・混乱を助長するので、ゆっくり・はっきり・わかりやすい口調で話しかける。患者や援助者に危険が及ばないように際

害物は除去し、転倒転落事故を防ぐなど環境整備をする。

家族に対しては、普段と違う患者を見ることでの恐れや、つらい気持ちに共感しつつ、せん妄の状況の理解を助ける。家族ができる対応方法や患者が安心して暮らせる環境作りに協力を求め、ケアへの参加を促す。

(小川朝生, 小迫露美恵, 興山 徹, 森田達也)

参考文献

1) Breitbart W et al : The delirium experience : delirium recall and delirium-related distress in hospi-

talized patients with cancer, their spouses / caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 43 : 183-194, 2002

2) Lipowski ZJ : Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 140 : 1426-1436, 1983

3) Ljubisavljevic V et al : Risk factors for development of delirium among oncology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 25 : 345-352, 2003

4) Gaudreau JD et al : Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. *J Clin Oncol* 23 : 6712-6718, 2005

5) Minagawa H et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 78 : 1131-1137, 1996

6) Morita T et al : Hypoactive delirium as a clinical symptom of intestinal perforation. *Psychosomatics* 40 : 130-131, 1999

7) Caraceni A et al : Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. *Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. Cancer* 89 : 1145-1149, 2000

8) Lawlor PG et al : Delirium at the end of life : critical issues in clinical practice and research. *JAMA* 284 : 2427-2429, 2000

9) Meagher DJ et al : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. *Br J Psychiatry* 190 : 135-141, 2007

10) Aakerlund LP et al : Writing disturbances : an indicator for postoperative delirium. *Int J Psychiatry Med* 24 : 245-257, 1994

11) Levkoff SE et al : Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Int Med* 152 : 334-340, 1992

12) Fountain A : Visual hallucinations : a prevalence study among hospice inpatients. *Palliat Med* 15 : 19-25, 2001

13) Lawlor PG et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer : a prospective study. *Arch Intern Med* 160 : 786-794, 2000

14) American Psychiatric Association : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 高橋三郎ほか(訳). 東京, 医学書院, 2003

15) Inouye SK et al : Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 113 : 941-948, 1990

16) Folstein MF et al : "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 12 : 189-198, 1975

17) Gaudreau JD et al : Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients : the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* 29 : 368-375, 2005

18) Trzepacz PT et al : A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 23 : 89-97, 1988

19) Breitbart W et al : The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 13 : 128-137, 1997

20) Meagher DJ et al : A new databased motor subtype schema for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 20 : 185-193, 2008

21) Lorenzi S et al : Nonconvulsive status epilepticus in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 40 : 460-465, 2010

22) Breitbart W et al : Agitation and delirium at the end of life : "We couldn't manage him". *JAMA* 300 : 2898-2910, 2008

23) Morita T et al : Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients : an open-label trial. *J Pain Symptom Manage* 30 : 96-103, 2005

24) Kim SW et al : Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. *Hum Psychopharmacol* 25 : 298-302, 2010

25) Hsu WT et al : Cognitive impairment and celiac disease. *Arch Neurol* 63 : 1440-1446, 2006

26) Devlin JW et al : Impact of quetiapine on resolution of individual delirium symptoms in critically ill patients with delirium : a post-hoc analysis of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Crit Care* 15 : R215, 2011

27) Elic M et al : A retrospective, exploratory, secondary analysis of the association between antipsychotic use and mortality in elderly patients with delirium. *Int Psychogeriatr* 21 : 588-592, 2009

28) Schneider LS et al : Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia : meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 294 : 1934-1943, 2005

29) Huybrechts KP et al : Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs : population based cohort study. *BMJ* 344 : e977, 2012

30) Overholt R et al : Cholinesterase inhibitors for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* (1) : CD005317, 2008

31) van Eijk MM et al : Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients : a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Lancet* 376 : 1829-1837, 2010

32) Cole MG et al : Systematic intervention for elderly inpatients with delirium : a randomized trial. *CMAJ* 161 : 965-970, 1994

33) Cole MG et al : Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients : a randomized trial. *CMAJ* 167 : 753-759, 2002

8
0
0
0
0
1
3
4
6
8
8
8
9
9
9
10
13
16
16
16
16
17
18
18
20
22
22
22
22
24
25
27
09
11
11
12

専門家をめざす人のための

緩和医療学

編集

日本緩和医療学会 JSPM

オンライン
アクセス権
付き

南江堂

C 症 候	213
D 病態生理	215
E アセスメント	216
F マネジメント	217
G ケア	219
19. 高カルシウム血症 Hypercalcemia	矢部正浩, 田根直子, 多田謙竜平, 森田達也 221
A 概 念	221
B 疫 学	221
C 症 候	222
D 病態生理	222
E アセスメント	224
F マネジメント	224
G ケア	226
20. 上大静脈症候群 Superior Vena Cava Syndrome	余宮きのみ, 田根直子, 小原弘之, 有賀徹子 228
A 概 念	228
B 疫 学	228
C 症 候	228
D 病態生理	229
E アセスメント	230
F マネジメント	232
G ケア	233
21. うつ病と適応障害 Major Depression and Adjustment Disorder	清水 研, 福岡好雄, 小川朝生, 明智龍男 235
A 疫 学	235
B 危険因子	236
C 診 断	236
D 薬物療法	238
E 非薬物療法	240
F 精神療法	240
G 抑うつのスクリーニングと包括的介入プログラム	241
H チーム医療	242
22. せん妄 Delirium	小川朝生, 小迫富英恵, 奥山 徹, 森田達也 244
A 概 念	244
B 疫 学	244
C 症 候	244
D 病態生理	246
E アセスメント	247