

医療福祉従事者向け

- 松本忠明：東日本大震災における在宅酸素療法患者への対応。
日本胸部臨床 71: 2012:232-242
酸素療者の震災前後での動きが記録されています。
- 秋山聖子：東日本大震災後のがん薬物療法における地域連携の試み。
癌と化学療法 2013: 40:343-348
災害後の患者動向調査、患者アンケート調査、医療スタッフへのアンケート調査を行った結果がまとめられています。
- 秋山聖子：【抗がん剤治療の最前線：分子標的薬剤の使用による進歩（前編）】
抗がん剤治療をめぐる諸問題—災害後の抗がん剤治療。
最新医学 2012: 67:1577-1586
災害後の抗がん剤治療に関する課題が挙げられています。
- 伊達 久：被災地でのオピオイド処方—緩和医療供給体制。
臨床麻酔 2011: 35:1803-1810
医療用麻薬の処方・管理に関する制度上の問題点がまとめられています。
- 川島孝一郎：震災における在宅医療の機器管理。
Geriatric Medicine 2012-3; 50: 321-326
- 川島孝一郎：災害時における在宅医療の課題。
医学のあゆみ 2011; 239: 547-555
在宅医療、特に人工呼吸器を使用している患者への対応が記録されています。

関連団体のホームページ

国立がん研究センター (<http://www.ncc.go.jp/>)
日本対がん協会 (<http://www.jcancer.jp/>)
日本臨床腫瘍学会 (<http://www.jsmo.or.jp/>)

ワーキングチーム一覧

◆ワーキングチーム責任者

森田 達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）

◆ワーキングチームメンバー（50音順）

秋山 聖子（東北大学病院 がんセンター）
河原 正典（岡部医院）
菅野 喜久子（石巻赤十字病院）
金野 良則（気仙中央薬局）
白土 明美（聖隷三方原病院 臨床検査科）
高橋 美保（ホームケアクリニックえん）
伊達 久（仙台ペインクリニック）
橋本 孝太郎（ふくしま在宅緩和ケアクリニック）
星野 彰（岩手県立中部病院 緩和医療科）
宮下 光令（東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野）
村上 雅彦（岩手県立大船渡病院 緩和医療科）
渡辺 芳江（岡部医院 訪問看護ステーション）

◆画像を提供いただいた企業一覧

- ・株式会社 ブルークロス・エマージェンシー（手動式吸引器、足踏式吸引器、p.18）
- ・シースター 株式会社（ペットボトル吸引器、p.19）
- ・ユーエーシー 株式会社（一般的な医療用UPS、p.21）
- ・フクダライフテック 株式会社（外部バッテリー、p.24）
- ・伊藤忠商事 株式会社（大容量電池、p.24）
医療関連事業担当者：伊藤忠商事 株式会社 ライフケア事業推進部 ライフケア事業第二課
境 真一郎 TEL.03-3497-2769
- ・本田技研工業 株式会社
（正弦波インバーター搭載発電機、カセットガス式正弦波インバーター搭載発電機、p.24）

大規模災害に対する備え

がん治療・在宅医療・緩和ケアを受けている患者さんとご家族へ
—普段からできることと災害時の対応—

発行 2014年11月[非売品]

発行者 平成26年度 厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業 研究統括者 堀田知光
分担研究「被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システム
の構築に関する研究」班

発行所 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
☎03-5832-6171 FAX03-5832-6172

装丁 スタジオ・エイト 吉野浩明&喜美子

印刷所 モリモト印刷 株式会社

分担研究報告書

がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入に関する研究

研究分担者	内富 庸介	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	精神神経病態学	教授
研究分担者	井上真一郎	岡山大学病院	精神科神経科	助教
研究協力者	井上真一郎	岡山大学病院	精神科神経科	助教
	岡部 伸幸	岡山大学病院	精神科神経科	助教
	小田 幸治	岡山大学病院	精神科神経科	助教
	川田 清宏	岡山大学病院	精神科神経科	助教
	矢野 智宣	岡山大学医学部	客員研究員	
	馬場華奈己	岡山大学病院	看護部	精神看護専門看護師
	土山 璃沙	岡山大学病院	医療技術部	臨床心理士
	大柳 貴恵	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	精神神経病態学	臨床心理士
	嶋本 恵	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	精神神経病態学	臨床心理士

研究要旨

がん在宅医療においてせん妄は多くみられる精神疾患であるが、そのうち治療可能性の比較的高いものが多いにもかかわらず、実際には対応に難渋するとの理由でやむを得ず在宅医療が中断され入院に至るケースが存在している。そこで、在宅医療に携わる医師や訪問看護師が、せん妄について正確に診断できるのみならず治療可能性に関しても評価できる知識やスキルの習得を目的とした教育プログラムを構築する。

A. 研究目的

せん妄はがん在宅医療において高頻度に見られる精神疾患であり、在宅医療の障壁となりうる。よって、在宅医療に携わる医師や看護師がせん妄に関しての知識やスキルを習得することが重要である。本研究では、ロールプレイを用いたせん妄研修会の開発を目的とする。

を対象とし、せん妄研修会を行う。研修会では、がん在宅医療におけるせん妄の特徴や対応などについての講義を行い、また前述のビデオにて学習を行う。また、模擬家族を用いたロールプレイにより、診断・治療などのスキルを習得する。

B. 研究方法

在宅医療におけるせん妄への対応について、知識やスキルを盛り込んだビデオを作成する。
臨床経験5年以上の在宅医及び訪問看護師

C. 研究結果

平成26年8月9日に室蘭（医師4名、看護師6名）、同年8月30日に佐賀（医師3名、訪問看護師7名、薬剤師1名、ケアマネジャー3名、栄養士1名、介護職6名、管理者1名）、

同年9月6日に横浜(医師5名、看護師26名、ケアマネ2名)、同年9月27日に大船渡(医師1名、訪問看護師12名、理学療法士4名)で研修会を開催した。合計で82名の参加を得た。研修会前後で自信度などを問う質問紙による調査とせん妄の知識を問うテストを行い、比較を行った。

D. 考察

テストはせん妄の知識を問うもので10問からなる。研修会の前後で同一内容の試験を行い比較検討したところ、研修前に行ったテストは平均値5.52、標準偏差1.21、研修後のテストは平均値7.01、標準偏差1.34であった。テストの合計点平均値を対応のあるt検定で比較したところ、 $p=0.030$ (<0.05) となり、有意に差があると考えられた。

また、質問紙調査では、自己効力感などを問う質問(10件法)に関して、研修前の平均値が59.80、標準偏差36.22、研修後の平均値が113.98、標準偏差37.80であった。対応のあるt検定では、 $p=0.000$ (<0.05) となり、同様に有意差を認めた。

各研修会場地別に見ても、テスト結果と自己効力感どちらにおいても有意な差が認められた。

なお、実施したテストと質問の内容については、別紙1および2を参照されたい。

E. 結論

平成25年度の報告においては、サンプルサイズの小ささを問題点として挙げていたが、今年度は82名の参加者を得、新たに比較検討を実施し、有意な効果が示された。このことから、本研修会は参加者に対して一定の満足度と効果を与えることができたと考えられる。

今後の課題として、全国各地で同様の効果が得られる研修会を開催していけるように、指導者育成プログラムを検討することが挙げられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Akechi T, Uchitomi Y: PART12 Neuropsychiatrics 69 Depression/anxiety, Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Charles F. von Gunten, Tatsuya Morita: Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition, CRC Press, Florida, 2014, pp691-702, 2014.12.11
2. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized control trial. J Clin Oncol 32(20): 2166-2172, 2014.7.10
3. Fujimori M, Uchitomi Y: Reply to B. Gyawali et al. J Clin Oncol 33(2):223-224, 2015.1.10
4. Morita T, Miyashita M, Uchitomi Y, et al: Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop. J Palliat Med 17(12): 1298-1305, 2014.9.16
5. Shibayama O, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. Cancer Med. 3(3): 702-709, 2014.6
6. Terada S, Uchitomi Y, et al: Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. Int Psychogeriatr 27(1):103-110, 2015.1 doi: 10.1017/S1041610214001811. Epub 2014.8.27
7. 馬庭真利子, 内富庸介, 他: 脳腫瘍術後の器質性精神障害に paliperidone が有効であった1例, 臨床精神薬理 17(1): 75-80, 2014.1.10
8. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 身体疾患とうつ病 各種疾患・病態におけるうつ病・気分障害の合併の実情・がん治療・緩和ケアと

うつ病, Depression Journal 2(2):52-55,
2014. 8

9. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 腫瘍医へのコミュニケーション技術訓練, Depression Frontier 12(2):33-39, 2014

2. 学会発表

1. 安藤満代, 内富庸介, 他: がん患者への精神的・心理的ケアとしてのライフレビュー・アートセラピーの実行可能性, 第 27 回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京 2014. 10. 3-4
2. 井上真一郎: 在宅医療におけるがん患者・家族の精神心理的ケア, 第 16 回日本在宅医学会大会, 静岡 2014. 3. 1
3. 井上真一郎: 終末期におけるせん妄マネジメント, 第 19 回日本緩和医療学会学術大会, 兵庫 2014. 6. 20
4. 井上真一郎: 多職種チームによる術後せん妄の予防的介入が無効であった症例の検討, 第 110 回日本精神神経学会, 神奈川 2014. 6. 27
5. 井上真一郎: せん妄に対するチームアプローチ, 第 27 回サイコオンコロジー学会, 千葉 2014. 10. 4
6. 井上真一郎: プロナンセリンによるせん妄薬物治療の一考察, 第 55 回 中国・四国精神神経学会, 山口 2014. 10. 24
7. 井上真一郎: 特別講演「精神医学と緩和医学の接点の研究について」, 第 14 回中国地区 GHP 研究会, 広島 2014. 11. 1
8. 井上真一郎: がん専門病院、大学病院、総合病院における精神腫瘍医 ～それぞれの立場で果たすべき役割の違いとは～, 第 27 回日本総合病院精神医学会, 茨城 2014. 11. 29

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

在宅医療従事者のための せん妄対策研修会

受講者用テキスト

岡山大学病院

精神科リエゾンチーム

はじめに

「最期は住み慣れた自宅で過ごしたい」。

がん患者さんがそう希望した場合、在宅医療の目的は患者さんの願いを叶えることであり、自宅で看取りをすることです。ただし、がんの終末期は多様な病状の変化が起こりうるため、それに対応できる質の高い在宅医療が求められるのは言うまでもありません。

せん妄は、がん在宅医療において高頻度に見られる精神疾患ですが、医療者でさえその対応に難渋することがあります。例えば、患者さんに強い不穏などの症状を認めた際やご家族がひどく動揺している際に、医師や看護師が自分では対応できないと判断した場合、図らずも在宅医療が中断され入院治療に移行してしまうケースが散見されます。つまり、せん妄は在宅医療の障壁となりうる精神疾患といえるのです。

そこで、在宅医療に携わる医師や看護師がせん妄に関する知識やスキルを習得することは極めて重要であると考え、このたび岡山大学病院精神科リエゾンチームが主体となって、在宅医療でのせん妄に関する教育プログラムを作成しました。このプログラムは厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）の助成を受け、「がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入に関する研究」の一環として行ったものです。

本テキストは、この研修会を受講される方のために作成いたしました。どうぞご活用ください。

平成27年2月
岡山大学病院 精神科リエゾンチーム
井上真一郎

目次

Part I 研修会の概要	
研修会の目的と目標	1
Part II 講義	
本研修会の目的について	3
せん妄に対するアプローチ	4
Part III ロールプレイ演習	
ロールプレイの概要	17
アイスブレイク	19
ロールプレイ1	19
ロールプレイ2	21
付録	
1. パンフレット	
2. パンフレットの使い方のポイント	
3. DVD シナリオ ロールプレイ1	
4. DVD シナリオ ロールプレイ2	

Part I

研修会の概要

研修会の目的と目標

研修会の目的

在宅医療において、せん妄は最も多くみられる精神疾患のひとつである。

一般に、がんの終末期におけるせん妄は、治療可能性が比較的高いとされている。また、治療可能性が低い場合でも、苦痛緩和目的の鎮静などによりせん妄がコントロールされれば、在宅でも十分対応が可能である。

しかしながら、在宅医療を受ける患者にせん妄を認めた際、「最期は住み慣れた家で過ごしたい」という患者本来の希望に反して、入院に逆戻りとなるケースが存在している。

この主な原因として、以下の2つが挙げられる。

- ① 医療者にとって、せん妄の診断や治療可能性の評価、治療などが困難であること
- ② 医療者にとって、せん妄の出現を前にして動揺する家族への対応が困難であること

これらを鑑みると、せん妄は在宅医療を継続するうえで障壁となりうる精神疾患であると言える。

この場合、精神科医による地域へのアウトリーチも有効と考えられるが、実情はマンパワー不足のため現実味を欠く。そこで、在宅医療に関わる医師や看護師が、せん妄そのものに対してアプローチができることに加えて、患者および家族に対してその感情に配慮した適切なインフォームド・コンセントを行えることが重要と考えられる。

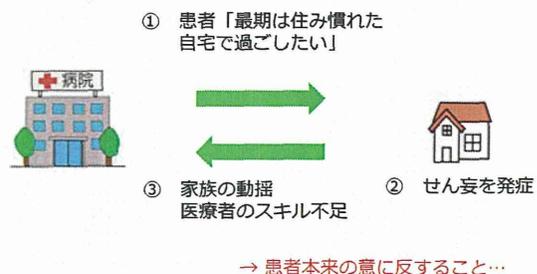
本研修会の目的は、在宅医療継続の障壁となりうる「せん妄」に関する知識やスキルの習得である。

研修会の達成目標

- (1) せん妄に関する基礎的な知識を習得する
- (2) せん妄の治療可能性に応じたインフォームド・コンセントのスキルを習得する

本研修会の目的について

せん妄は在宅医療継続の障壁となる



せん妄に関する教育プログラム実施の必要性

- * がん在宅医療において、せん妄は最も多くみられる精神疾患のひとつである。
- * 終末期であっても治療可能性は比較的高いが、実際には対応に難渋するとの理由で、患者の在宅医療の希望に反して入院に至るケースが存在する。
- * がん在宅医療に携わる在宅医や訪問看護師がせん妄の診断や治療可能性の評価を行い、患者及び家族に適切にICするための知識やスキルの習得が必要である。

せん妄に対するアプローチ

講義内容

- 1 せん妄の症状
- 2 せん妄の要因
- 3 せん妄へのアプローチの実際
 - 1 可逆性せん妄のケース
 - 2 不可逆性せん妄のケース

- 1 せん妄の症状

せん妄の主な症状



せん妄の診断基準

- * 注意の障害(注意の集中や維持)と、意識の障害(環境認識の低下)がある
- * 短期間で出現し(通常数時間から数日)、日内変動がある
- * 認知の障害(記憶障害、見当識障害)がある
- * 身体疾患や物質中毒・離脱などの直接的な生理学的結果により起こる

もし、すべての診断基準がせん妄に合致するのであればその現在の臨床的な状態を特定せよ
→ 過活動型、低活動型、または混合型

米国精神医学会. DSM-5, 2013より一部抜粋・改編

せん妄のサブタイプ別の症状

過活動型 せん妄の症状	低活動型 せん妄の症状
不眠 落ち着きがない 早口で大声 易刺激性 易怒性・興奮 暴言・暴力 徘徊	不眠または過眠 無関心 不活発・臥床 注意減退 発語が少なく緩徐 動作緩慢

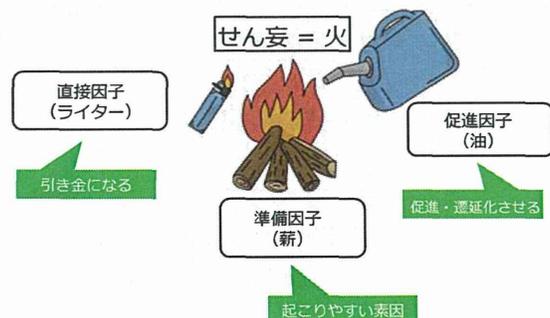
低活動型せん妄はしばしば見逃される

対象別	研究数 (症例数)	低活動型	過活動型	混合型	なし
高齢者	14 (1595)	32% (13-46)	25% (10-81)	28% (12-52)	15% (0-31)
がん/HIV	11 (865)	51% (10-84)	31% (3-71)	15% (5-64)	3% (0-19)
精神科への紹介	6 (413)	15% (0-32)	59% (36-79)	26% (15-48)	-

Meagher D. Int Rev Psychiatry 21:59-73, 2009

2 せん妄の要因

せん妄の3つの因子



準備因子について

準備因子=『せん妄の準備状態となる素因』

- ①高齢（70歳以上）
- ②認知機能障害
- ③身体疾患が重篤であること
- ④頭部疾患の既往（脳梗塞・脳出血・頭部外傷など）
- ⑤せん妄の既往

準備因子に対して

準備因子は個体要因であるため、
実際には改善が見込めない。

準備因子における各項目に対して介入をするのではなく、
例えば担当する患者がせん妄ハイリスクかどうかを判断する
ために、**介入の指標として用いる**ことがポイントである。

「せん妄ハイリスク」という概念

直接因子について

直接因子=『せん妄を直接引き起こすもの』

- ①身体疾患
- ②薬剤（副作用または離脱）
- ③手術

緩和医療におけるせん妄の直接因子

原因	(%)
薬物	57
低酸素	44
脱水	28
代謝性 (肝・腎不全、 電解質異常)	24
感染	18
頭蓋内	14
血液 (貧血、DIC)	11
不明	2.8

* 複数の原因で起こることが多い
* 終末期であっても49%は回復が可能

Lawlor PG et al : Arch Intern Med, 2000

せん妄治療の原則

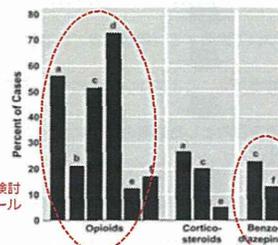
対症療法
抗精神病薬などの
薬物療法



原因を除去
(例：カルシウムを補正する、
原因薬剤を中止する など)

- 不穏・幻覚・妄想など、表現型は“精神症状”
- せん妄の治療は①「原因に対するアプローチ」②「薬物療法」の2本立て

緩和医療における薬剤性せん妄



・ローテーションなどを検討
・ただし、疼痛コントロールも重要
避けることが可能

From Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, et al. : Psychosomatics 2005

ハイリスク患者に対する医療者の役割 薬剤性のせん妄は極めて多い！！



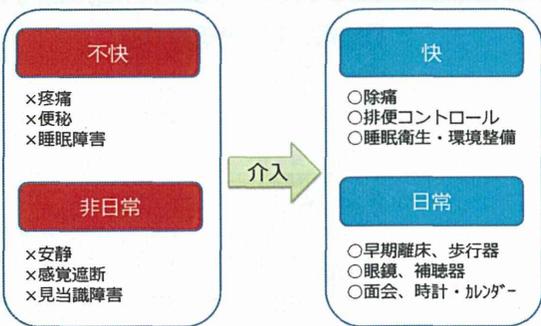
- 薬剤選択の際に注意が必要
- いわゆる“約束指示”は注意が必要

促進因子について

促進因子=『せん妄を誘発しやすく、悪化や遷延化につながるもの』

- ①身体的要因
 - 疼痛・便秘・尿閉・脱水
 - 不動化・ドレーン類・拘束
 - 視力低下・聴力低下
- ②精神的要因
 - 不安・抑うつ
- ③環境変化
 - 入院・ICU入室・明るさ・騒音
- ④睡眠
 - 不眠・睡眠関連障害

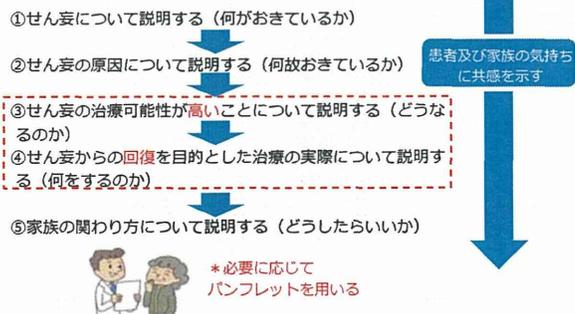
促進因子をなくしていく



3 せん妄へのアプローチの実際

- 1 可逆性せん妄
- 2 不可逆性せん妄

可逆性せん妄 患者及び家族へのアプローチの流れ



①せん妄について説明する パンフレットの活用

パンフレットを用いるメリット

[患者・家族] 視覚的に理解しやすい・何度も読み返せる

[医療者] 説明が容易になり漏れがなくなる

- 「せん妄」とは、体調の悪さなどが原因で、一定の期間、意識が混乱することです
- 「せん妄」のときは、患者さんに次のような変化があります
場所や時間の感覚が鈍くなる／幻覚が見える／昼と夜の感覚が鈍くなる／落ち替さない／話していることにつつまが合わない／怒りっぽくなったり時には荒っぽくなる／治療のための管を「知らずに」抜いてしまう

②せん妄の原因について説明する
可逆性せん妄の原因

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

③せん妄の治療可能性が高いことについて説明する
原因へのアプローチが可能

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

④せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する
せん妄のアプローチの実際

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

④せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する
せん妄の薬物療法(内服薬)

【内服薬】

- <興奮を伴わない場合>・・・ベッド上ゴソゴソ・多弁 など
 - **トラゾドン** (レスリン・デジレル) (25mg~150mg)
 - ・抗うつ効果<入眠効果。mildな鎮静効果。半減期短い。
- <興奮を伴う場合>・・・ベッド欄を乗り越える・易怒的・暴力行為 など
 - ***リスベリドン** (リスパダール) (錠剤・液剤 0.5mg~3mg)
 - ・パーキンソニズムは比較的少なく、抗幻覚妄想効果>鎮静効果。
 - ・液剤は効果が速やか。
 - ・腎機能低下時は排泄遅延に注意。
 - ***クエチアピン** (セロクエル) (25mg~150mg) 糖尿病に禁忌
 - ・パーキンソニズムが非常に少なく適度な鎮静効果あり。用量に幅があるため使いやすい。半減期短い。
 - **オランザピン** (ジブレキサ) (2.5mg~10mg) 糖尿病に禁忌
 - ・パーキンソニズムは比較的少ない。
 - ・抗幻覚妄想効果強く、適度な鎮静効果もあり。半減期長め。

*印はレセプト上
保険適応OK

④せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する
せん妄の薬物療法(注射薬)

【注射薬】・・・内服困難・拒薬傾向・即効性が要求される など

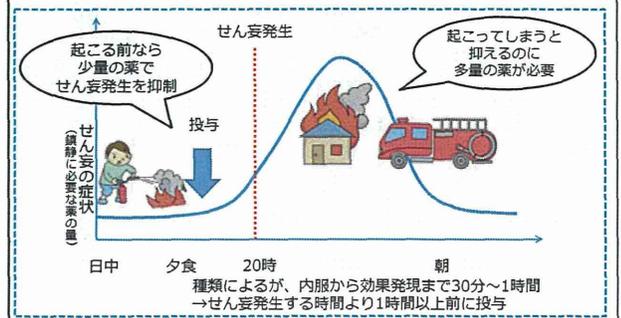
- ***ハロペリドール** (セレネース) (1/4A~3A) 静注or筋注
 - ・ルートがある場合は、副作用が少なく即効性もあるためできれば静注がbetter
 - ☆即効性>持続性→セレネース1A+生食20mlを側管より静注(ワンショット)
 - ☆即効性<持続性→セレネース1A+生食100mlを点滴静注
 - ・パーキンソニズム・悪性症候群・QT延長等の副作用に注意(パーキンソン病の患者には禁忌)。
 - ・鎮静効果が乏しい際には、ヒドロキシジン(アタラックスP)と併用する。

例：セレネース1A+アタラックスP(25)1A+生食100ml
入眠まで滴下し、覚醒したら滴下再開

*印はレセプト上
保険適応OK

④せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する
薬物投与のポイント

■早めの薬剤投与を原則とする。



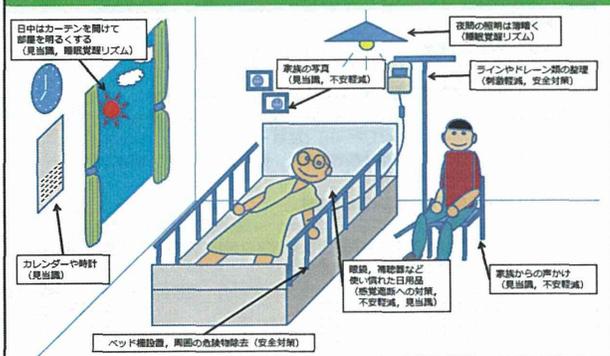
⑤家族の関わり方について説明する
せん妄患者へのケア

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

⑤家族の関わり方について説明する
NICEガイドライン：せん妄に推奨される介入法

関連する要因	介入内容	職種
低酸素	低酸素の評価とO2投与	医師
感染	感染徴候の検索と治療 感染対策・カテーテル使用の最小化	
認知機能障害	適切な照明とわかりやすい環境 見当識を促す(話しかけ、時計とカレンダーの設置) 家族や友人の定期的な面会	看護師 在宅では 家族
脱水	飲水励行、脱水補正	
便秘	排便の確認、排便コントロール	
安静	動くよう促す(早期起床、歩行器の使用)	
疼痛	疼痛の評価(特に非薬物的な疼痛症状を評価) 適切な疼痛マネジメント	
感覚遮断	治療可能な感覚障害の改善(耳垢の除去など) 視覚・聴覚補助器具	
睡眠障害	睡眠時中のケア・遮断を極力避ける 睡眠の妨げになる時間帯のスケジュールの見直し 騒音の低減	
多剤併用	薬剤のレビュー(種類と剤数の両方を検討)	薬剤師

⑤家族の関わり方について説明する
家族ができるケア内容



3 せん妄へのアプローチの実際

- 1 可逆性せん妄
- 2 不可逆性せん妄

不可逆性せん妄

患者及び家族へのアプローチの流れ

(せん妄について説明する (何が起きているか))

①せん妄の原因について説明する (何故起きているか)

患者及び家族の気持ちに共感を示す

②せん妄の治療可能性が低いことについて説明する (どうなるのか)

③せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療の実際について説明する (何をやるのか) →鎮静を含む

④家族の関わり方について説明する (どうしたらいいか)



*必要に応じてパンフレットを用いる

①せん妄の原因について説明する
不可逆性せん妄の原因

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

②せん妄の治療可能性が低いことについて説明する
原因へのアプローチが困難

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

③せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療の実際について説明する
せん妄のアプローチの実際

	可逆性せん妄	不可逆性せん妄
典型的な原因	脱水、感染 高Ca血症、薬剤性	肝不全、腎不全 脳転移
治療可能性	高い (原因へのアプローチが可能)	低い (原因へのアプローチが困難)
目標	せん妄からの回復	部分症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	鎮静を目的とした ベンゾジアゼピンの併用
ケアの内容	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保 家族のケア

③せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療の実際について説明する
せん妄の鎮静に関するガイドライン

*日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」

★鎮静の対象となり得る苦痛は、せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、疼痛、嘔気・嘔吐……………

★「耐えがたい苦痛」についての評価

- ①患者自身が耐えられないと表現する、
あるいは
- ②患者が表現できない場合、患者の価値観に照らして、患者にとって耐え難いことが家族や医療チームに十分推測される（→せん妄は意識障害のため意思決定能力を欠く場合が多く、②として慎重に検討する。）

- ・鎮静による好ましい結果 →苦痛の緩和
- ・鎮静による好ましくない効果 →意識の低下、コミュニケーション能力の喪失

③せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療の実際について説明する
せん妄の鎮静についての要件

- ・医療者の意図
→医療チームにより、苦痛緩和のために鎮静が適切な方法であると理解される（患者にとって耐え難い苦痛があり、その苦痛は治療抵抗性であると評価される）
- ・患者の意思
→意思決定能力がない場合は、患者が本来であれば鎮静を希望することが十分に推測できる
- ・家族の意思
→医療チームにより現在の病状について十分な説明を受け、患者本来の価値観などに照らし合わせて、鎮静が適切な方法であると理解される

不可逆性せん妄
患者および家族の感情への配慮

「せん妄が不可逆であること」や「鎮静の選択肢」を伝える際には患者および家族の感情に配慮することが重要である。

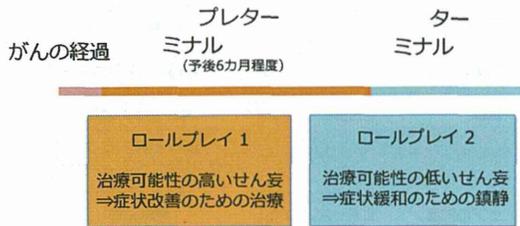
- せん妄の不可逆性を伝える
- ・心の準備のための言葉をかける
 - ・検査データを用いる
 - ・わかりやすく明確に伝える
 - ・家族の理解度を確認し、速すぎないか尋ねる
 - ・感情を受け止め、気持ちを支える
 - ・家族の気持ちを支える言葉をかける



- 今後のことについて話し合う
- ・鎮静など、とりうる選択肢について説明する
 - ・推奨する薬物治療を伝える
 - ・責任をもって診療にあたることを伝える

ロールプレイの概要

ロールプレイ（2パターン）



各々のロールプレイの目的

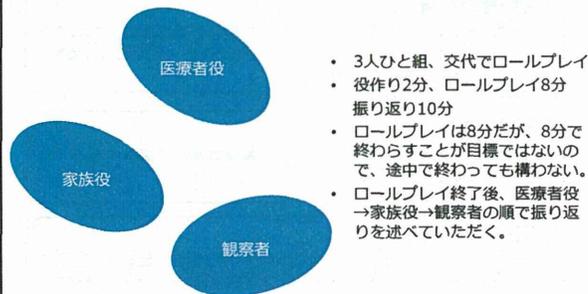
<プレターミナルのせん妄・・・可逆性せん妄のケース>

- ①(家族に対して)せん妄の症状、原因、治療可能性、対応などについて説明し相談することができる。
- ②必要に応じてパンフレットなどを用いる。

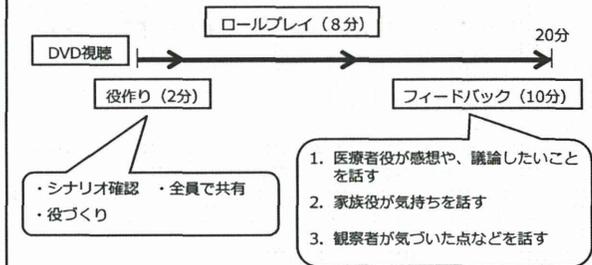
<ターミナルのせん妄・・・不可逆性せん妄のケース>

- ①(家族に対して)鎮静の必要性について、患者の意思や家族の意思、医療者の意図などを十分に検討し、相応性に配慮して判断を行うことができる。
- ②「せん妄が不可逆であること」や「鎮静の選択肢」について伝える際に、家族の感情に配慮することができる。

ロールプレイの手順



一回のロールプレイの流れ



ロールプレイの注意点

- ・ 8分間で面談が終了しなくてよい
- ・ 役になりきって演技する
- ・ ロールプレイが終了したら、完全に役からおりる
- ・ 振り返りではポジティブフィードバックを心掛ける
- ・ 平均的な家族を演じる

<フィードバックのポイント>

- ・ 気づいたことすべてではなく、受け手が対処できる量 (1つか2つ) を扱う
- ・ 医師役の気持ちに配慮し、利益となるかを考えて発言する
- ・ 良い、悪いといった評価、批判、指摘ではなく、具体的にどうしたら問題が解決するかを話し合う

アイスブレイク

- ・ 一人1分間で自己紹介
- ・ 自己紹介の内容は自由 (以下を参考に)

例えば・・・

- ・ 名前、勤務先、職種
- ・ 出身地
- ・ 趣味、特技
- ・ 休日の過ごし方
- ・ 現在の仕事内容
- ・ 本研修会への参加動機 など

ロールプレイ1

- プレターミナルの可逆性せん妄 -

- もともとは患者・家族ともに最期は自宅で過ごしたいと思っており在宅医療に携わる医療者(医師・看護師等)もそれを支持していた。
- ただし、患者が混乱している様子を目の当たりにした家族が、「家ではもう見ることができないのでは」などと動揺している。
- 医療者はすでに診察を終えてせん妄であると診断しており、原因も同定している。
- 家族はせん妄についてよく理解していない。
- 家族役が「主人はおかしくなったのでしょうか?」と発言する場面からロールプレイを開始し、「入院させてもらえませんか?」の台詞を入れる
- 医療者は家族に対して、①せん妄の症状、原因、治療可能性、対応について説明・相談し、②家族の気持ちのつらさを理解し支え、在宅医療が継続できるようにすすめていく。

可逆性せん妄

患者及び家族へのアプローチの流れ

- ①せん妄について説明する(何がおきているか)
- ②せん妄の原因について説明する(何故おきているか)
- ③せん妄の治療可能性が高いことについて説明する(どうなるのか)
- ④せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する(何をやるのか)
- ⑤家族の関わり方について説明する(どうしたらいいか)

患者及び家族の気持ちに共感を示す

* 必要に応じてパンフレットを用いる

ロールプレイ1

シナリオ(プレターミナル期)

<患者背景>

- ・71歳 男性 元会社員
- ・妻(68歳 専業主婦)・長男(40歳 独身 会社員)と同居

<診断>

- ・食道がんIVa期/頸部リンパ節転移及び骨転移あり

<経過>

- ・根治不能、自宅療養希望で退院
- ・週一回ペースで往診中
- ・痛みが強く、オキシコドンが漸増となってきた
- ・最近になって仕様の合わない言動が認められるようになり、不眠や不穏がみられている
- ・高Caが原因のせん妄と考えられる

ロールプレイ1-①

① DVD視聴 (8分) → ② 役作り (2分) → ③ ロールプレイ (8分) → ④ フィードバック (10分) (20分)

・シナリオ確認 ・全員で共有
・役づくり

1. 医療者役が感想や、議論したいことを話す
2. 家族役が気持ちを話す
3. 観察者が気づいた点などを話す

ロールプレイ1-②

① 役作り (2分) → ② ロールプレイ (8分) → ③ フィードバック (10分) (20分)

・シナリオ確認 ・全員で共有
・役づくり

1. 医療者役が感想や、議論したいことを話す
2. 家族役が気持ちを話す
3. 観察者が気づいた点などを話す

ロールプレイ2

- ターミナルのせん妄 -

- もともとは患者・家族ともに最期は自宅で過ごしたいと思っており在宅医療に携わる医療者(医師・看護師等)もそれを支持していた。
- ただし、患者が混乱している様子を目の当たりにした家族が、「家ではもう見ることができないのでは」などと動揺している。
- 以前医療者はせん妄について家族に説明している。
- 家族役が「主人はおかしくなったのでしょうか?」と発言する場面からロールプレイを開始し、「入院させてもらえませんか?」の台詞を入れる
- 医療者は家族に対して、鎮静の必要性について患者の意思や家族の意思、医療者の意図などを十分に検討し相応性に配慮して判断を行い、また「せん妄が不可逆であること」や「鎮静の選択肢」について伝える際に、家族の感情に配慮し、在宅医療が継続できるようにすすめていく。

不可逆性せん妄 患者及び家族へのアプローチの流れ

(せん妄について説明する(何がおきているか))

①せん妄の原因について説明する(何がおきているか)

患者及び家族の気持ち
に共感を示す

②せん妄の治療可能性が低いことについて説明する(どうなるのか)

③せん妄の部分症状の緩和を目的とした治療の実際について説明する(何をするのか) → 鎮静を含む

④家族の関わり方について説明する(どうしたらいいか)



*必要に応じて
パンフレットを用いる

ロールプレイ 2 シナリオ(ターミナル期)

<患者背景>

- ・71歳 男性 元会社員
- ・妻(68歳 専業主婦)・長男(40歳 独身 会社員)と同居

<診断>

- ・食道がんIVa期/頸部リンパ節転移及び骨転移あり

<経過>

- ・根治不能、自宅療養希望で退院
- ・週一回ペースで往診中
- ・高Caが原因のせん妄は点滴治療により改善し、一時は落ち着いていた
- ・ここ数日は興奮が強く、周囲の制止もきかない状態
- ・がんの進行に伴うせん妄と考えられる

ロールプレイ 2



全体のまとめ

最後に、全体で振り返りを行いましょ

グループ内で、どのような意見や気づきがありましたか？

医師役として・・・

家族役として・・・

観察者として・・・

付録

1. パンフレット
2. パンフレットの使い方のポイント
3. DVD シナリオ ロールプレイ1
4. DVD シナリオ ロールプレイ2

患者さんとご家族ができること

- 朝から日光をとり込んで部屋を明るくしましょう
- 普段使用されている眼鏡、補聴器は正しく着用しましょう
- 時計、カレンダーなどを近くに置いて一緒に日時の確認をしましょう
- 睡眠リズムを整えるために、日中の活動の助けとなるもの（本・新聞・TV・ラジオ・軽い運動など）を活用しましょう
- 痛み、便秘など、本人が気になっている症状は早めに医療者に相談しましょう
- せん妄が起こったらハサミなどの危険物は近くに置かないようにしましょう

ご家族からのよくある質問

Q つじつまの合わないことを言っています。間違いを訂正しても分かってもらえず、逆に怒らせてしまったのですが…

A つじつまが合わない内容であっても、患者さんの言うことを否定せず話を最後まで聞いて、その後に安心できるような言葉かけをしていきましょう。間違いを真つ向から正すことで患者さんを否定し、傷つけてしまうことがあります。

例) 患者さん「夜中、廊下に知らない人が立っていたんだ」
→「夜中にそんなことがあったの？それは気持ち悪いね」

Q これは認知症でしょうか？とどんどん悪くなっていくのでしょうか？

A 認知症とせん妄は全く異なる病気です。せん妄は原因が取り除かれればよくなる可能性が十分あります。

監修：岡山大学病院せん妄対策チーム

せん妄の予防と対策について



「せん妄」は一見すると認知症と間違われやすいですが、まったく異なる病気です。注意深く観察することで「せん妄」を早めに発見し、解決することができます。せん妄の予防と対策について、一緒に考えていきましょう。

Q 「せん妄」とはどのような症状ですか？

- 体調が悪い
- 手術の後
- 新しい薬が身体に合わない

などの原因で意識が混乱することです

多くの方は、治療により回復します

Q 「せん妄」になりやすいひととはどんな人？

- 高齢の方
- 物忘れが目立ってきた方
- 脳梗塞や脳出血になったことがある方
- 「せん妄」になったことがある方
- アルコールをたくさん飲む習慣がある方

「せん妄」のときは、患者さんにこのような変化があります（すべての方に現れるわけではありません）

- 時間や場所の感覚が鈍くなる**
 - 今日が何月何日かわかりにくくなる
 - 病院にいたり自宅にいたりかわかりにくくなる
- 幻覚が見える**
 - 「天井がゆがんで見える」
 - 「部屋の壁の模様が変わって見える」
 - 「誰かが部屋の外に立っている」
- 睡眠のリズムが崩れる**
 - 寝る時間と起きる時間が不規則になる
 - 昼間眠って、夜に眠れない
- 落ちつきがない**
 - 何度もベッドから起き上がる
 - ぐりかえし、どこかへ行こうとする
 - 転んでしまう
- 話していることをつじつまが合わない**
 - 過去のことを今のこのように話す
 - 現実とは違うことを話す
- 荒っぽくなったり時には怒りっぽくなる**
 - からだについている治療のための管を「知らずに」抜いてしまう

せん妄の予防や評価のために、医療者は以下のようなことを確認します

- 夜眠れているか**
睡眠リズムを整えることがせん妄の予防の第一歩です
- 日付や場所の確認 簡単な計算など**
せん妄が起こると記憶力や判断力、集中力が低下することがあります
- 幻覚がないか**
せん妄が起こるとふだん見えないものが見えたりすることがあります
- 話のつじつまが合っているかどうか**
せん妄が起こると混乱しておかしな言動をとることがあります