



## II章 総論

---

# 1

## がん医療におけるせん妄

### 1 せん妄とは何か

せん妄とは、身体的異常や薬物の使用を原因として急性に発症する意識障害（意識変容）を本態とし、失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想、気分変動などのさまざまな精神症状を呈する病態である<sup>1)</sup>。またせん妄はその精神運動性の程度により、過活動型、低活動型、活動水準混合型\*に分類することができる。過活動型とは、精神運動活動の水準が過活動であり、気分の不安定性、焦燥、および/または医療に対する協力の拒否を伴うことがあるものであり、低活動型とは、精神運動活動の水準は低活動であり、昏迷に近いような不活発や嗜眠を伴うことがあるものである。一方、活動水準混合型は、注意および意識は障害されているが、精神運動活動の水準は正常であるか、その活動水準が急速に変動する例を含むものである<sup>2)</sup>。

### 2 がん患者におけるせん妄の頻度

せん妄は、がんに限らず、身体疾患を有する入院患者、特に集中治療室（ICU）や心臓手術後など、身体的な重症度や医療的処置の侵襲度の高い状態でよく認められることが知られているが、がん医療の現場においても高頻度で認められることが報告されている。一般病院入院患者におけるせん妄有病率はおよそ10～30%<sup>3)</sup>、治療以外の目的で入院した高齢進行肺がん患者においては40%<sup>4)</sup>、緩和ケア病棟入院時では42%、さらに死亡直前には88%に認めたとの報告がある<sup>5)</sup>。

日本は超高齢社会を迎えており、2020年10月1日の時点で日本の高齢化率は28.8%にまで達しているが、加齢はがんの危険因子の一つであることを考えると、今後ますます高齢がん患者は増えていくことが予想される。そして、高齢はせん妄の準備因子（P19、Ⅱ章-2-4「せん妄の原因」参照）でもあることから、がん医療の現場では、今後ますますせん妄への対策が強く求められることになる。

### 3 せん妄によるさまざまな影響

せん妄は多方面にわたり多くの負の影響を及ぼす。それらの影響についてここでは、患者と家族、医療的側面に分けて述べる。

\*ここではDSM-5の表記に基づき「活動水準混合型」と記載しているが、他の項では単純に「混合型」と表記している。

### 1) 患者とその家族

せん妄の本態は意識の障害であることから、せん妄から回復した時には、患者はせん妄の体験を想起できないと考えられがちである。しかしながら、多くの患者がせん妄体験について想起でき、その体験について恐怖や不快感を感じていたことが報告されている<sup>6,7)</sup>。また、転倒・転落などの事故につながる<sup>8)</sup>、二次合併症を併発し、入院の長期化を招くこと<sup>9,10)</sup>など治療に直接影響を及ぼすこともある。長期的には認知機能低下と関連すること<sup>10,11)</sup>、さらには、死亡率の増加につながるといった生命予後にも影響することが報告されている<sup>9,10)</sup>。

せん妄を発症した患者の家族も、患者がせん妄となることで強い精神的苦痛を経験することが知られている<sup>6,7)</sup>。特に終末期にみられるせん妄については、家族の解釈や感じ方には個性も大きく、回復可能なせん妄におけるケアと異なる側面があることが報告されている<sup>12)</sup>。

### 2) 医療的側面

せん妄への対応、特に医療者が少なくなりがちな夜間における過活動型せん妄への対応は、医療者にとっても心身ともに強い疲弊感をもたらす。せん妄への介入がスムーズに進まず、症状が遷延した場合などは、医療者、特に看護スタッフのバーンアウトの引き金となることが現実問題として起こりうる。また、入院の長期化による医療コストの増大を招くことも現実的には大きな問題となる<sup>3,13)</sup>。

以上のように、せん妄は、がん医療に関わる医療者にとって必ず遭遇する病態の一つであり、患者とその家族のみならず、医療的にも多岐にわたるデメリットを生じさせる。がん医療におけるせん妄の特徴を理解し、適切な予防と対策を行うこと、そして患者とその家族の心情に配慮したコミュニケーションを大切にすることは、がん医療に携わる医療者にとって極めて重要と考えられる。

## 4 がん患者におけるせん妄の特徴

がん患者におけるせん妄には、がん以外の臨床状況におけるせん妄などと異なるいくつかの特徴がある。

第一に、がん患者におけるせん妄は、その直接的な要因（直接因子）に特徴がある（P75、臨床疑問4参照）。せん妄の発症に関与する直接因子としては通常、身体的要因と薬剤要因の2つが挙げられる。がんは基本的に進行性の病態を示すことから、経過とともに身体面での脆弱性は増し、併発する症状も増えていく。そのため、せん妄発症に影響するさまざまな身体的要因が併存しやすくなる。なかでも骨転移などを背景とした高カルシウム血症、脳転移などは、がん患者において特徴的な直接因子である。一方、抗がん薬などの治療薬に加え、さまざまな合併症に対する症状緩和目的の薬剤も増えていくことから、多剤併用になりやすい。特に、がん医療ではオピオイドやステロイドなどの使用頻度が高く、これらの薬物使用を直接因子とするせん妄に遭遇することが多くある。さらに実際の臨床では、このような身体的要因、薬剤要因が複合

的に影響したせん妄も多くみられる。せん妄を発症し、精神科への依頼となったがん患者の原因を調査したところ、42%において複数の原因を認めたとの報告もある<sup>14)</sup>。

第二に、がん医療においては、低活動型せん妄や終末期のせん妄に遭遇する機会が多い。低活動型せん妄は、活動性や反応性の低下、会話量の減少などを特徴とし、特に抑うつ症状と誤診される可能性があることから注意が必要である。過活動型せん妄と比べて予後が不良とも報告されている<sup>15)</sup>。また、終末期におけるせん妄は、その原因によってせん妄の回復可能性が予測されることが報告されている<sup>5)</sup>。一般的には、脱水、電解質異常、薬物によるせん妄は終末期においても回復の可能性が残されていると考えられる一方、脳転移、肝不全、低酸素脳症など、臓器不全に伴うせん妄は回復が困難であることが多いとされる。回復が期待できると考えられる場合は、原因の除去を図りつつ、薬物療法では、抗精神病薬を中心に選択し、ベンゾジアゼピン系薬の単独投与は避けるようにする（P87, 臨床疑問5；P101, 臨床疑問8参照）。また睡眠覚醒リズムを維持できるように日中の覚醒を促したり、見当識の確保を心がけたケアを提供する。一方、回復が困難と考えられる場合は、回復を目指すケアは患者にとって侵襲的となりうる。そのため、患者の苦痛軽減を最優先の目標とし、ベンゾジアゼピン系薬を適宜使用しながらでも不穏をコントロールし、穏やかに過ごせることを目指すことも多い（P118, 臨床疑問11参照）。現実的には不眠・不穏のコントロールと日中の覚醒の両立が困難であることが多いことから、患者・家族、医療者とケアのゴールについて多角的に相談することが重要となる。

（谷向 仁）

## ■ 文 献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Press, 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 精神疾患の分類と診断の手引. pp278-89. 東京, 医学書院, 2014
- 3) Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and ageing* 2006; 35: 350-64
- 4) Uchida M, Okuyama T, Ito Y, et al. Prevalence, course and factors associated with delirium in elderly patients with advanced cancer: a longitudinal observational study. *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45: 934-40
- 5) 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* 2000; 160: 786-94
- 6) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002; 43: 183-94
- 7) Bruera E, Bush SH, Willey J, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer* 2009; 115: 2004-12
- 8) Brand CA, Sundararajan V. A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: e51
- 9) Edlund A, Lundström M, Karlsson S, et al. Delirium in older patients admitted to general internal medicine. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006; 19: 83-90
- 10) Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 304: 443-51
- 11) Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, et al. Cognitive trajectories after postoperative delirium.

- N Engl J Med 2012; 367: 30-9
- 12) Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium: families'experience. Palliat Med 2007; 21: 587-94
  - 13) Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, et al. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med 2008; 168: 27-32
  - 14) Sagawa R, Akechi T, Okuyama T, et al. Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients. Jpn J Clin Oncol 2009; 39: 175-82
  - 15) Kiely DK, Jones RN, Bergmann MA, et al. Association between psychomotor activity delirium subtypes and mortality among newly admitted post-acute facility patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007; 62: 174-9