

5

終末期せん妄の治療とケアのゴール

1 終末期せん妄とは

終末期がん患者の80～90%にせん妄が生じ、そのうち50～70%は回復しないまま死亡に至る^{1,2)}。終末期に生じる治癒不能で、回復困難なせん妄を終末期せん妄と呼ぶ³⁾。せん妄は患者のみならず、家族や医療者へも負担となることが知られているが、特に終末期せん妄の場合は、患者がどのように人生を終わらせるかという大切な意思決定に強く影響する⁴⁾。加えて、終末期せん妄は、残りの時間が限られた患者と家族とのかけがえのないコミュニケーションを妨げるほか、患者と医療者のコミュニケーションも難しくなり、代理意思決定者として機能する家族の精神心理的負担が大きくなる。

2 終末期せん妄の苦痛や治療・ケアの望ましい評価とは

1) 既存のせん妄評価尺度の使用は適切ではない

終末期に、持続的で苦痛を伴う焦燥の強いせん妄を生じた際、どのような治療やケアを行うかを考えるためには、まず終末期せん妄の状態にある患者の苦痛を適切に評価することが必要である。

一般的に頻用されているせん妄評価方法として、DRS-R-98 (P22 参照) や Nu-DESC (P23 参照) がある。しかし、わが国の多施設研究において強い焦燥を伴う進行がん患者を対象としてこれらのせん妄評価尺度を用いてせん妄を評価したところ、コミュニケーションできない程度に意識レベルの低下したがん患者のせん妄の重症度が最も高いと評価される結果となった⁵⁾。終末期のせん妄においては、死の自然経過や時に苦痛の緩和目的でうとうととして過ごすことも望ましい状態として考えられることもある。また、症状緩和とコミュニケーションのバランスを考えることの重要性も指摘されている。よって終末期のせん妄の評価においては、治癒可能なせん妄の評価を前提として作られた一般的に臨床でよく使用する既存の尺度は適切でないと考えられる⁶⁾。

2) 終末期せん妄の苦痛や治療・ケアの望ましい評価とは

終末期せん妄の全般的なマネジメントにおいては、予測生命予後や、患者およびその家族の価値観を考慮しながらケアのゴールを検討していくべきとされているが⁶⁾、具体的な内容についてはコンセンサスが得られていない。筆者らは、医療者を対象としたインタビュー調査によって、終末期せん妄の治療とケアのゴールを構成する5つの構成要素と14の下位項目を明らかにした (表5)⁷⁾。

表5 終末期がん患者における治療およびケアのゴール

構成要素	下位項目
十分な症状・苦痛の緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みがない ・精神症状がない ・穏やかに過ごすことができる ・日中は覚醒し夜は眠れる ・抑制帯や点滴などの留置物がない
コミュニケーションが取れる	
自己の連続性	<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしく過ごせる ・医療者がその人の背景を理解している
家族へのケアと支援	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への心理的支援の提供 ・家族の負担を軽減するサポートを保証する ・家族が患者のケアプランを理解することができる ・家族がせん妄と患者の状況について医療者から十分な説明を受け、それを理解し、患者の状況を受け入れることができる
バランスを考える	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛緩和とコミュニケーションが取れることのバランス ・苦痛緩和と、患者の死に対する家族の心の準備のバランス ・せん妄の治療と身体的治療のゴールのバランス

[Uchida M, et al. Goals of care and treatment in terminal delirium: a qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals caring for patients with cancer. Palliat Support Care 2019; 17: 403-8 より引用改変]

この結果が示すように、症状緩和、コミュニケーション、自己の連続性、家族ケアの各要素が大切であることに加え、個別の患者・家族の意向や状態などを勘案して、それらの要素間のバランスを考慮してゴールを設定することが重要である。

また、上記の結果や系統的文献レビューを基に、家族を対象とした24項目からなる終末期せん妄による苦痛の評価尺度〔Terminal Delirium-Related Distress Scale (TDDS)〕を開発し、その信頼性と妥当性について検証済みである(表6)⁸⁾。

3) わが国における終末期せん妄の治療・ケアをより良いものとしていくために

TDDSを用いて、ホスピス・緩和ケア病棟に入院し、終末期せん妄を生じたがん患者の遺族281名を対象にアンケート調査を行った⁸⁾。その結果によると、患者の苦痛に関しては、8割以上の遺族が不眠や身の置き所のなさ、精神運動興奮、幻覚妄想などの患者の精神心理的苦痛があったと思うと回答した。患者とのコミュニケーションに関しては、「家族が患者さんとコミュニケーションできることに配慮してくれた」「つつまの合わないことでも、医療者が、患者さんの言っていることを大切にしてくれると感じられた」の2項目で医療者の配慮を感じている遺族の割合は3割程度であった。医療者の対応と説明に関しては、「必要な時は、医療者がすぐに対応してくれた」「家族に対する精神的な配慮があった」「付き添いで家族の負担が大きくなるように気遣ってくれた」「患者さんの治療方針や見通しについて十分な説明を受けられた」の4項目で配慮を感じている遺族の割合が3割程度であった。自然なかたちの最期に関しては、「身体的に自由の制限を受けるものはなかった」の割合は3割程度であった。

表6 終末期せん妄による苦痛の評価尺度

患者さんが「せん妄状態」のとき、あなたからみて、以下のことはありましたか。「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」のうち、あてはまるもの1つに丸を付けてください。	非常にそう思う	そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	そう思わない	まったくそう思わない
患者さんの苦痛について						
痛みなどからだの苦痛があり、つらそうだった	1	2	3	4	5	6
身の置き場がないように、じっとしていられないことがあった	1	2	3	4	5	6
興奮して、落ち着かなくなることがあった	1	2	3	4	5	6
夜は眠れないことが多かった	1	2	3	4	5	6
幻覚（あるはずのないものが見えたり聞こえる）があった	1	2	3	4	5	6
妄想（実際にはないことをあると信じ込むこと）があった	1	2	3	4	5	6
患者さんとのコミュニケーションについて						
家族が患者さんとコミュニケーションできることに配慮してくれた	1	2	3	4	5	6
完全に回復しなくても、ある程度意思疎通ができた	1	2	3	4	5	6
安定剤や睡眠薬を使った状態でも、ある程度意思疎通できた	1	2	3	4	5	6
その人らしい表情や会話があった	1	2	3	4	5	6
つじつまの合わないことでも、医療者が、患者さんの言っていることを大切にしてくれると感じられた	1	2	3	4	5	6
医療者が、患者さんの人となり（どのようなお仕事をされてどのような趣味のある人だったかなど）をよくわかっていると思った	1	2	3	4	5	6
医療者の対応と説明について						
家族に対する精神的な配慮があった	1	2	3	4	5	6
付き添いで家族の負担が大きくなるように気遣ってくれた	1	2	3	4	5	6
家族がそばにいて何をしたらいいか、医師や看護師が教えてくれた	1	2	3	4	5	6
心細い時に、医療者がそばにいてくれた	1	2	3	4	5	6
必要な時は、医療者がすぐに対応してくれた	1	2	3	4	5	6
せん妄の原因についてできる限りの治療をしてもらえた	1	2	3	4	5	6
患者さんの治療方針や見通しについて十分な説明を受けられた	1	2	3	4	5	6
患者さんの治療方針や見通しについて十分に話し合うことができた	1	2	3	4	5	6
せん妄とは何か、こうなっている理由について十分な説明を受けられた	1	2	3	4	5	6
患者さんが亡くなることに対して心の準備をさせてくれた	1	2	3	4	5	6
自然なかたちの最期について						
自然なかたちで最期を迎えられた	1	2	3	4	5	6
身体的に自由の制限を受けるもの（手にグローブを付けたり、胴にベルトをつけるなど）はなかった	1	2	3	4	5	6

[Uchida M, et al. Development and validation of the Terminal Delirium-Related Distress Scale to assess irreversible terminal delirium. Palliat Support Care 2021; 19: 287-93 より引用改変]

この結果から、終末期せん妄の治療とケアの質を改善するためには、今まで以上に患者の精神心理的苦痛の軽減と家族に対する精神心理的な配慮が必要で、医療者は患者と家族のコミュニケーションに配慮し、患者の治療方針や見通しについて家族に十分に説明し、身体的に自由の制限を受けるものを減らすように努める必要性が示唆された。

(内田 恵)

文献

- 1) 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
- 2) Hosie A, Davidson PM, Agar M, et al. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med* 2013; 27: 486-98
- 3) Bush SH, Kanji S, Pereira JL, et al. Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 231-48
- 4) Milisen K, Steeman E, Foreman MD, et al. Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2004; 13: 494-500
- 5) Uchida M, Morita T, Akechi T, et al; Phase-R Delirium Study Group. Are common delirium assessment tools appropriate for evaluating delirium at the end of life in cancer patients? *Psychooncology* 2020; 29: 1842-9
- 6) Bush SH, Leonard MM, Agar M, et al. End-of-life delirium: issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 215-30
- 7) Uchida M, Morita T, Ito Y, et al. Goals of care and treatment in terminal delirium: a qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals caring for patients with cancer. *Palliat Support Care* 2019; 17: 403-8
- 8) Uchida M, Akechi T, Morita T, et al; J-HOPE group. Development and validation of the Terminal Delirium-Related Distress Scale to assess irreversible terminal delirium. *Palliat Support Care* 2021; 19: 287-93