

領域 5-1-15 せん妄・意識障害

DSM-5によるせん妄の診断基準

A	注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）
B	その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もとなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向がある
C	さらに認知の障害を伴う （例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）
D	基準AおよびCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない
E	病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち乱用薬物や医薬品によるもの）、または毒物への曝露、または複数の病因による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

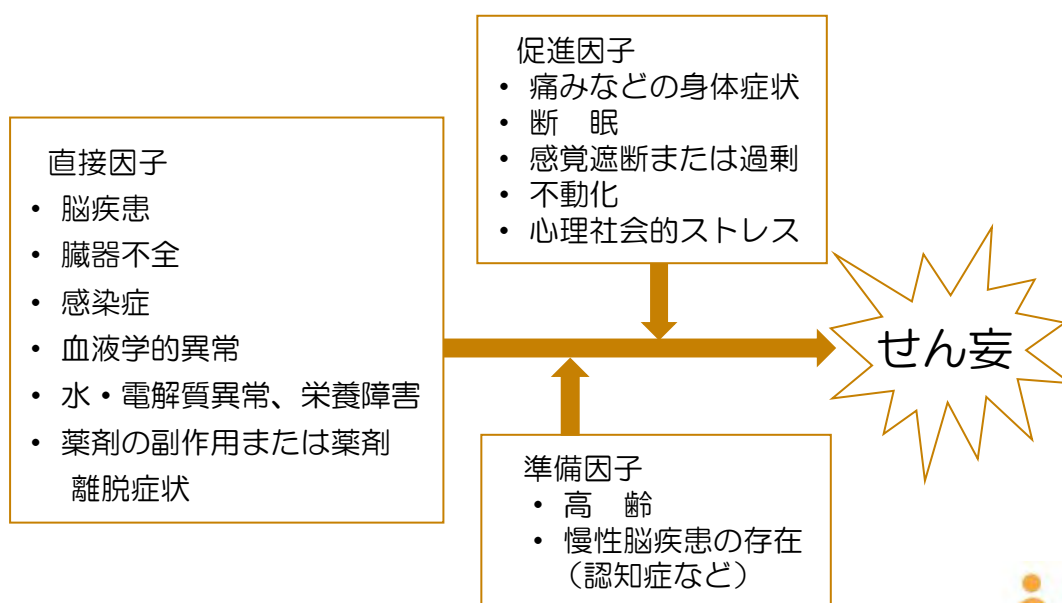
※上記A～Eのすべてを満たす場合にせん妄と診断する。

出典：日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターシップケア学会「がん患者におけるせん妄ガイドライン2019年版」



せん妄の原因

直接因子、準備因子、促進因子を考えるのが臨床的に有用である。



出典：日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターシップケア学会「がん患者におけるせん妄ガイドライン2019年版」



CAM日本語版

① 急性発症と変動性の経過 (Acute onset and fluctuating course)

- ・患者さんの精神状態は、ベースライン時と比べて急激な変化が見られましたか？
- ・異常な行動が日内で変動しますか？

〔 例えは ・異常な行動が現れたり消える
・あるいは程度が増減しがちである 〕

左記内容が当てはまる
(Yes, No)

(ご家族や看護師さんから情報を得てください)

② 注意散漫 (Inattention)

- ・患者さんは集中することが困難ですか？

〔 例えは ・他の事に気を取られやすい
・人の話を理解することが難しい 〕

左記内容が当てはまる
(Yes, No)

③ 支離滅裂な思考 (Disorganized thinking)

- ・患者さんの思考はまとまりのない、あるいは支離滅裂でしたか？

〔 例えは ・とりとめのない話や無関係な話をする
・不明瞭、または筋の通らない考え方を
・意図が予測できず、変化についていけない 〕

左記内容が当てはまる
(Yes, No)

④ 意識レベルの変化 (Altered level of consciousness)

- ・全体的に見て、この患者さんの意識レベルをどう評価しますか？

意識清明 (正常)
過覚醒 (過度に敏感)
傾眠 (すぐに覚醒する)
昏迷 (覚醒困難)
昏睡 (覚醒不能) } (異常)

意識状態は (異常) である
(Yes, No)

①②両方とも YES



③④どちらか YES



せん妄と判断

せん妄のサブタイプ

過活動型せん妄	24時間以内に以下のうち2項目以上の症状 (せん妄発症前より認める症状ではない) が認められた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 運動活動性の量的増加 ・ 活動性の制御喪失 ・ 不穏 ・ 徘徊
低活動型せん妄	24時間以内に以下のうち2項目以上の症状 (せん妄発症前より認める症状ではない) が認められた場合 (活動量の低下または行動速度の低下は必須) <ul style="list-style-type: none"> ・ 活動量の低下 ・ 行動速度の低下 ・ 状況認識の低下 ・ 会話量の低下 ・ 会話速度の低下 ・ 無気力 ・ 覚醒の低下/引きこもり
混合型	24時間以内に、過活動型ならびに低活動型両方の症状が認められた場合

出典：日本サイコオンコロジー学会・日本がんサポーターシップケア学会「がん患者におけるせん妄ガイドライン2019年版」

お迎え現象 death bed vision (終末期の死亡直前におこる患者の意識変容) Near Death Awareness

文化的には世界各国で「終末期せん妄」を病気ではなく、亡くなる過程の正常な生理的現象、「あの世にむかっている現象」とも解釈され、故人が患者を迎えにくる体験を「お迎え(death bed visions)」として国際的にも共通してみられる。

日本では、在宅ホスピスケアを実践していた岡部健(故人)が、この現象に関して大規模な調査を行い、「お迎え」体験として報告している。



■故岡部健医師の遺産「お迎え」体験

岡部医師は1978年に東北大学医学部を卒業、呼吸器外科医と20年近く活躍されていました。宮城県立がんセンター時代に一人の患者さんが「治らないのなら、家に帰りたい」と訴えた。その意を汲んで自宅に戻したところ、病院では見られない人間的な豊かさの中で患者さんが息を引き取っていきました。その後1997年4月の在宅緩和ケアを専門とする岡部医院を開設されています。看取り数が増え、「お迎え」体験が当たり前のように存在していることに気が付かれ、遺族調査を開始されます。その報告書には「在宅でのケアを本格的に手掛けるまでに、私は医師として20年近く死を看取ってきたはずであった。しかしその間、私はこのような「お迎え」とそれをめぐる事象を見逃してきた。そこで反省させられたのは、専門的に医療をやってきたことによって、一種の視野狭窄に陥っていたのではないか、ということであった。医師として専門性をもつ必要があるのはいうまでもない。しかし、私は医療の視点でしか死をみておらず、視野狭窄をきたしていたのだと考えられた。つまり、患者や死というものをしっかり観察していたのか、という問いを突き付けられた思いであった。」と自戒を込めて記されています。

■2007年、2011年、2015年に「お迎え」体験本格調査

2002年に岡部医院は「お迎え」体験の1次調査結果をまとめますが岡部医師は不十分と判断されます。人文・社会学の研究者の協力を仰ぎ2007年2次調査、2011年3次調査と2015年4次調査では科学研究費補助金を受け更なる研究者が参加して調査されました。岡部医師は胃癌のため道半ばの2012年9月27日62歳でご逝去されています。その結果が2020年4月24日に岡部医師を看取られた河原正典院長により出版されました。

