

## 総説

## 高齢がん患者における低活動型せん妄の早期発見と多職種によるケア

Early Detection and Multidisciplinary Care of Hypoactive Delirium  
in Elderly Cancer Patients本間 英之 中島 真人 岩渕 晴子  
Hideyuki HOMMA, Masato NAKAJIMA, Haruko IWABUCHI

## 要 旨

高齢化の進展により高齢がん患者が増加している。がん患者のせん妄発症率は一般病棟で13~40%、緩和ケア病棟で26~62%と報告され、特に低活動型せん妄は最頻度サブタイプでありながら過小診断されやすく、誤嚥性肺炎、転倒リスク増加など深刻な不利益をもたらす。本総説では、高齢がん患者における低活動型せん妄の見逃し防止と多職種による包括的ケアについて、がん患者におけるせん妄ガイドラインの知見を踏まえた指針を提示する。せん妄の定義・診断基準、活動性による分類、高齢・脆弱患者の高リスク背景を解説し、CAMなどの評価ツール活用と看護師の「いつもと違う」気づきの重要性を強調する。介入では環境調整、離床促進、薬剤管理を含む予防的アプローチと、非薬物療法を中心とした発症後ケアを詳述する。医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション技師などの多職種連携により、当院におけるがん患者のせん妄対策の質向上を目的とする。

## はじめに

高齢化の進展により当院でも高齢がん患者が増加している。高齢患者はその脆弱性により、手術や化学療法を契機としてせん妄を発症するリスクが高い。がん患者のせん妄発症率は一般病棟で13~40%、緩和ケア病棟で26~62%と報告され<sup>1)</sup>、QOL低下、入院期間延長、死亡リスク増加をもたらす<sup>2)</sup>。特に低活動型せん妄は、活動性低下・傾眠・無気力を主症状とする最頻度サブタイプであるが、過小診断されやすく診断の遅れにつながりやすい<sup>3)4)</sup>。

しかし、この診断の遅れは患者に深刻な不利益をもたらす。経口摂取不良による栄養状態の悪化、誤嚥性肺炎のリスク増大、転倒・転落事故の増加、リハビリテーションへの参加意欲低下による身体機能の低下など、患者の予後悪化と医療安全上の問題を引き起こす。

本稿では高齢がん患者という脆弱な集団に特に焦点を当て、見逃されやすい低活動型せん妄の早期発見と多職種による包括的ケアを院内で実践するための、エビデンスに基づいた実践的指針を提示する。

## I. がん患者におけるせん妄の基礎と特徴

## 1. せん妄の定義と診断基準 (DSM-5)

せん妄は身体的異常や薬物により急性発症する注意や認知の障害で、見当識障害、幻覚妄想、気分変動等を呈する<sup>5)</sup>。DSM-5-TRの診断基準は、A.注意の障害、B.急性発症と変動性、C.認知機能の障害、D.身体的要因による説明の4つから構成される(表1)。これらの基準により、がん医療に携わる医療者は系統的にせん妄を評価し、早期発見・早期介入が可能となる。

## 2. 活動性による分類と臨床像

せん妄は活動水準により、過活動型、低活動型、混合型の3つのサブタイプに分類される。各サブタイプの特徴を理解することは、適切な診断と治療方針の決定において極めて重要である。発生頻度は報告により差があるが、低活動型せん妄が最多とされることが多い<sup>1)6)7)</sup>(表2)。

特にがん医療における特徴として、低活動型せん妄の頻度が高いことが挙げられる。これは、がん患者が高齢であることが多く、身体的脆弱性を有して

表1 DSM-5-TRにおけるせん妄の診断基準（文献5より著者改変）

基準	内容
A. 注意の障害	注意を向け、集中し、維持する能力の障害 (例：容易に注意がそれる、会話についていけない)
B. 急性発症と変動性	障害は短期間（通常数時間から数日）で発現し、ベースラインの注意や意識から変化を表しており、一日を通して重症度が変動する傾向がある
C. 認知機能の障害	追加の認知障害 (例：記憶欠損、見当識障害、言語、視空間認知、知覚) がある
D. 身体的要因による説明	基準AおよびCの障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害によってよりよく説明されず、昏睡のような著しく覚醒水準の低下という状況で起こるものではない
E. 医学的状態の直接的生理学的結果	病歴、身体診察、臨床検査から、その障害が他の医学的状態、物質中毒や離脱、または薬物への曝露の直接的な生理学的結果であるという証拠がある

表2 活動性によるせん妄の分類と臨床像

サブタイプ	特徴	頻度	見逃されやすさ	主な症状
過活動型	運動活動の亢進 興奮・攻撃性	約25%	低い (目立つ・発見されやすい)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・落ち着きがない</li> <li>・興奮状態</li> <li>・大声を出す</li> <li>・攻撃的行動</li> </ul>
低活動型	運動活動の低下 無気力・傾眠	約40-50%	高い (静かで見過ごされやすい)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動性低下</li> <li>・傾眠</li> <li>・反応鈍化</li> <li>・無気力</li> </ul>
混合型	過活動と低活動の 交替出現	約25-35%	中等度 (変動により診断困難)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日内変動</li> <li>・症状の変化</li> <li>・予測困難</li> </ul>

注：がん患者では低活動型せん妄の頻度が特に高く、過小診断されやすいため注意が必要

いること、またオピオイドなどの中枢神経抑制作用を持つ薬剤の使用頻度が高いことと関連している可能性がある。低活動型せん妄の見逃しは、栄養摂取不良、廃用症候群の進行、合併症リスクの増加につながるため、日常的な系統的評価が不可欠である。

### 3. 高齢・脆弱な患者におけるせん妄の高リスク背景

高齢がん患者におけるせん妄発症リスクは、加齢に伴う生理学的変化と、がんそのものやその治療に関連する要因が複合的に作用することで大幅に増加する。

**脳の加齢変化と脆弱性：**加齢により脳の予備能 (brain reserve) が低下し、外的ストレスに対する耐性が減弱する。具体的には、神経細胞数の減少、神経伝達物質系の変化、血液脳関門の透過性亢進などが生じ、薬物や代謝異常の影響を受けやすくなる<sup>8)</sup>。特に、アセチルコリン系神経の機能低下は注意機能障害と密接に関連し、せん妄の中核症状である注意障害の発現基盤となる<sup>9)</sup>。

**身体的脆弱性 (フレイル)：**フレイルは、恒常性維持機能の低下により、ストレスに対する回復力が減弱した状態である。サルコペニア (筋肉量・筋力の低下)、低栄養、易疲労性、活動性低下、歩行速度低下などの身体的フレイル要素は、せん妄の準備因子として作用する。特に、がん患者では悪液質

(cancer cachexia) の進行により、これらの要素が加速度的に悪化する傾向がある。

**ポリファーマシーと薬物動態の変化：**高齢者では薬物動態・薬力学的変化により薬物有害反応の感受性が高まる。入院高齢者の22%が薬物有害反応を経験するとされ、一般成人の2%と比較して著しく高い<sup>10)</sup>。特にがん患者では、抗がん薬、制吐薬、鎮痛薬などで多数の薬剤が抗がん治療と症状緩和を目的に併用され、薬物相互作用のリスクは高い。抗コリン作用薬、ベンゾジアゼピン系薬、オピオイド、コルチコステロイドなどは高齢者においてせん妄を誘発または悪化させるリスクがあることが知られており、特にベンゾジアゼピンについては高齢者での使用が依然として多いことが問題となっている<sup>11)</sup>。

**認知的脆弱性：**軽度認知機能障害 (MCI) や初期認知症の存在は、せん妄発症の強力な準備因子であり、かつせん妄は既存のMCIや認知症を悪化させる強力な促進因子でもある<sup>12) 13)</sup>。これらの患者では、ベースラインの認知機能がすでに低下しているため、軽微なストレスでもせん妄が発症しやすい。また、がん患者では化学療法関連認知機能障害 (chemotherapy-related cognitive impairment: CRCI) により、治療前から認知機能の低下が生じている場合がある。

**がん特有の要因：**がん患者では、疾患自体に関連

する要因として、脳転移、髄膜播種、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、肝不全、腎不全などの臓器不全、全身炎症状態などがせん妄の直接因子となりうる<sup>4)14)</sup>。

**心理社会的要因：**高齢患者において入院環境の変化、睡眠リズムの乱れ、感覚遮断（視覚・聴覚障害）、社会的孤立、死への不安などの心理社会的ストレスも、せん妄発症に寄与する。特に終末期患者では、病状の進行に伴う身体機能の低下と、予後への不安が重複することで、せん妄発症リスクがさらに増加する<sup>3)14)15)</sup>。

これらの複合的な要因を理解し、個々の患者のリスクを総合的に評価することで、予防的介入の優先度を決定し、早期発見・早期介入につなげることが可能となる。高齢がん患者の診療においては、せん妄を「起こりうる合併症」として常に念頭に置き、多職種による包括的なアプローチを実践することが重要である。

## II. 「見逃さない」ための評価とスクリーニング

### 1. 過小診断を防ぐための系統的スクリーニングの重要性

せん妄の過小診断を防ぐには、全患者を対象とした系統的スクリーニングが不可欠である。従来の受動的アプローチでは低活動型せん妄が見逃されるが、構造化スクリーニングによりせん妄診断率は向上するとされており、実施が望ましい。

せん妄評価陽性患者の27%しか正式に診断されていない<sup>1)</sup>。真のせん妄見逃しは、偽陽性より深刻な問題である。当院では既に、65歳以上の高齢者に入院時の高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）の一部として、意識レベルまたは注意力の変化が評価されているが、特に高リスク患者にさらに注意深いスクリーニングが求められる（表3）。高リスク患者では入院時および週2回、薬物変更時や全身状態変化時に随時実施することが望ましい。ただし、当院臨床での実装にあたっては業務負荷を考慮した実現可能性の検証、特に電子化データの有効活用が今後の課題と言えよう。

### 2. スクリーニングツールの実践的活用法

#### Confusion Assessment Method (CAM) の実践的使用

CAMは最も広く使用されるせん妄診断ツールで、①急性発症と変動経過、②注意力散漫、③支離滅裂な思考、④意識レベル変化の4項目から構成される。①②を必須とし、③または④を満たせばせん妄と診断する<sup>16)</sup>。

**CAMの利点と限界：**評価時間5分程度と簡便で、適切な訓練下では感度83-95%、特異度90-95%と優

表3 せん妄の高リスク要因

リスク因子	具体的内容
年齢	・65歳以上（特に75歳以上）
認知機能	・軽度認知機能障害（MCI） ・認知症の既往 ・化学療法関連認知機能障害
身体的脆弱性	・フレイル ・サルコペニア ・低栄養状態 ・ADL低下
薬剤関連	・ポリファーマシー ・せん妄リスク薬使用 ・オピオイド使用
医学的要因	・脱水・電解質異常 ・感染症 ・疼痛 ・臓器不全
環境・心理	・入院環境の変化 ・感覚障害（視覚・聴覚） ・睡眠障害 ・家族分離

秀である。しかし評価者のトレーニング不足により感度が著しく低下し、1時間訓練後でも感度23.8%という報告もある<sup>17)</sup>。またこれに関連し、CAMの診断精度は評価者の要因により影響を受けることが報告されており、医師による評価の方が看護師による評価よりも高い感度を示すとする研究もある。この差の原因として、CAM使用に関する正式なトレーニングの有無が挙げられている。また、CAMの感度低下の一般的要因として、認知機能評価の簡略化（注意課題のみなど）や評価の包括性不足などが指摘されている<sup>18)</sup>。

**低活動型せん妄検出のコツ：**「支離滅裂な思考」の評価困難（発語少ない患者で評価不能）、軽微な意識レベル変化の見逃し、注意力評価の曖昧さが問題となる。簡単な計算課題（100から7を引く）や月の逆唱課題で注意機能を具体的に評価することが重要である。

#### その他の有用な評価尺度

**3D-CAM：**CAMアルゴリズムをより構造化し、評価時間中央値3分で感度95%、特異度94%と優秀<sup>19)</sup>。ただし日本語版の妥当性検証は限定的である。

**Delirium Observation Screening Scale (DOSS)：**看護師観察に基づく25項目または13項目からなる評価尺度で、進行がん患者研究では感度>99.9%、特異度99.6%と極めて高い診断能が報告されている<sup>20)21)</sup>。日常ケア中の行動変化に焦点を当てており低活動型せん妄検出能力も期待されるが、その感度は低活動型せん妄患者で38%と低く、混合型で60%であった。DOSSにおいて低活動性せん妄の検出感度が低い理由の一つとして、看護師が過活動など行動によりケアが困難となった場合に患者をせ

ん妄と判定する傾向がある、と考察されている<sup>22)</sup>。

### 3. 看護師による日常観察の重要性:「いつもと違う」に気づく視点

低活動型せん妄の早期発見には、看護師の『いつもと違う』という気づきが重要である。家族への病態説明にあわせ、家庭での様子の確認や継続的観察による微細な変化の把握が鍵となる。さらに、患者をよく知る家族の気づきと看護師の観察を組み合わせることで、見過ごされがちな低活動型せん妄の兆候をより確実に捉えることができると考えられる<sup>23)</sup>。

- ・重要な観察ポイント
- ・認知・注意機能の変化: 会話パターンの変化 (無口, 反応遅れ, 的外れな回答), 見当識の軽微な混乱, 注意散漫
- ・行動・活動性の変化: ADL変化 (食事摂取量低下, リハビリ参加意欲減退), 睡眠覚醒パターン変化, 協力性低下
- ・感情・精神状態の変化: 感情表現の平板化, 不安・焦燥感の新たな出現, 現実感の低下

#### ベースライン把握の重要性

患者の「ベースライン」を正確に把握することが不可欠である。入院時から継続的に患者の個性, 習慣, 認知機能レベル, コミュニケーションパターンを観察記録する。

看護師は24時間体制で患者に接する唯一の職種であり, この継続的観察こそが低活動型せん妄早期発見の鍵となる。「何となくいつもと違う」という感覚を客観的観察記録として残し, 多職種間で共有することが見逃し防止に極めて有効である。

## Ⅲ. 高齢・脆弱な患者を支える医療チームとしてのせん妄介入

高齢がん患者では, がんによる全身状態悪化, 侵襲的治療, 多剤併用が重層的に作用しせん妄リスクが高まる。予防から発症後対応まで包括的アプローチが必要である。特に低活動型せん妄の見逃しを防ぎ, 症状の軽減を図るためには必須である (図)。

### 1. 予防的アプローチ: 多因子介入の徹底

ガイドラインによれば, 見当識の確保, 早期離床, 環境調整, 家族教育等を包含する複合的非薬物療法は, せん妄予防において確実な効果を発揮し, 特に高齢者においては併存疾患, 薬物相互作用, 機能的予備能の個人差を詳細に評価した個別化戦略の構築が, 予防効果最大化のための中核的アプローチとなる<sup>1)3)</sup>。

#### 環境調整による見当識の維持

補聴器や眼鏡の適切な装着を確実にし, 病室内の照明を昼夜で調整することで概日リズムの維持を図る。時計やカレンダーの配置による見当識の補助は,

認知機能の軽度低下がある高齢者において重要である。また, 家族の写真や馴染みのある物品の配置により安心できる環境を整備することも有用である。看護師が主体となって実施するが, 多職種との連携により個別化した環境設定が可能となる。

#### 活動性の維持

過度な安静は, サルコペニアの進行, 廃用症候群の発症を招き, せん妄のリスクを高める。患者の病態に応じた段階的な離床プログラムの実施が求められる。

関節可動域訓練から座位保持, 立位バランス, 歩行訓練へと段階的に進める。患者の疲労度や疼痛レベルを評価しながら, 適切な活動レベルを維持することが重要である<sup>24)</sup>。これには単にリハビリテーション専門職の指導だけではなく, 日常の看護師による生活支援や医師の適切な行動制限や離床許可も必要である。

#### 薬剤管理の最適化

ポリファーマシーは, 薬物動態の変化と相まって, せん妄発症の重要なリスク因子となる。薬剤師による積極的な薬剤レビューと, せん妄リスク薬剤の同定・減量・中止の提案は, 予防的介入の中核を成す。特に注意すべき薬剤を示す (表4)。これらの薬剤の定期的な評価と, 代替薬への変更や漸減中止は重要な課題であり医療チーム内のコミュニケーションが必須である。

#### 栄養・水分管理

高齢者は脱水や電解質異常を来しやすく, これらは直接的なせん妄の原因となりうる。管理栄養士と連携し, 水分摂取量の確保と電解質バランスの維持に努める。便秘もまた促進因子であり, 排便管理が重要である。

### 2. 発症後のケア: 非薬物療法を第一に

せん妄を発症した高齢がん患者のケアにおいては, まず丁寧な評価を通じて改善可能な要因を見つけ出し, 患者の苦痛を和らげることを重視したアプローチが求められる。現在までのところ, 発症後のせん妄に対する非薬物療法の治療効果については, 確立されたエビデンスはまだ限定的であるが, 薬物療法と日常的なケアの工夫を組み合わせながら, その人に最も適した治療方針を検討していくことが望ましい<sup>1)3)</sup>。

#### 患者の尊厳を守るコミュニケーション技法

せん妄患者, 特に低活動型せん妄の患者は, 混乱や不安を抱えながらも, それを適切に表現できない状況にある。医療者は, 穏やかで落ち着いた口調を心がけ, 短く分かりやすい言葉で話しかけることが重要である。

患者の発言に対しては, たとえ現実とは異なる内容であっても, まずは傾聴の姿勢を示し, 患者の感

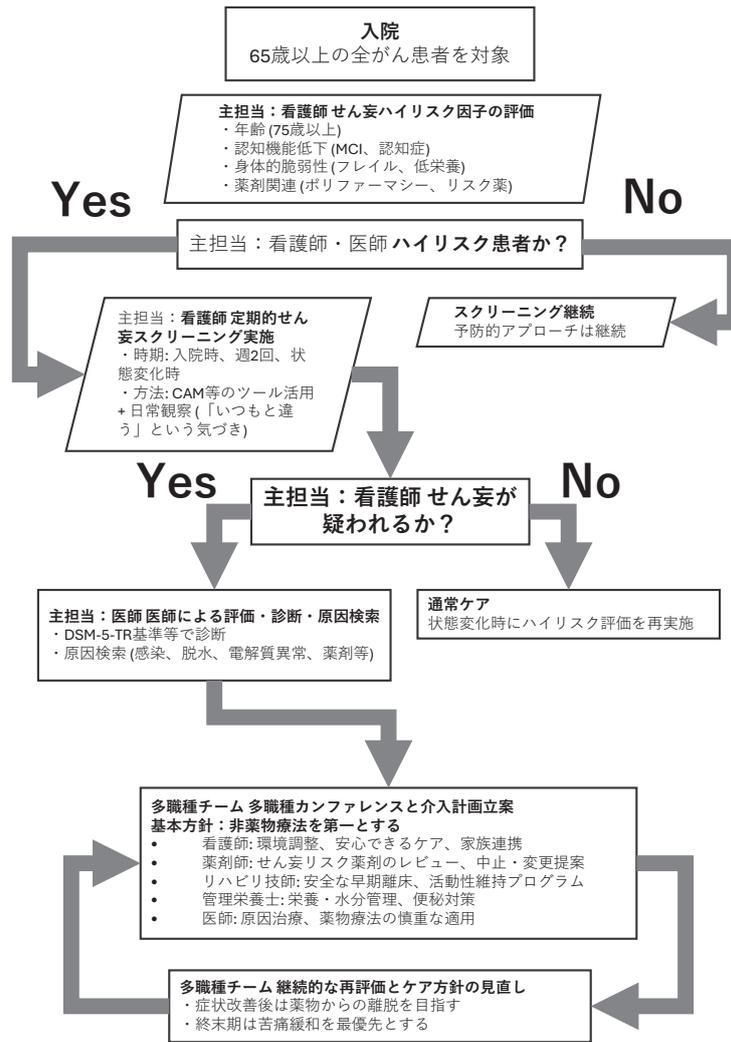


図 高齢がん患者におけるせん妄スクリーニングと多職種介入フローチャート

表4 せん妄リスク薬剤例と対応策例

薬剤	具体的な薬剤例	リスク	主なリスク・注意点	対応策例
ベンゾジアゼピン系・Z薬	ジアゼパム エチゾラム ゾルピデム エスゾピクロン	高	認知機能低下、転倒リスク 依存性、呼吸抑制	可能な限り回避 非薬物的睡眠対策優先 使用時は短期間・最低用量
強い抗コリン作用薬	ジフェンヒドラミン アミトリプチリン	高	注意力・記憶障害 口渇、便秘、尿閉	代替薬への変更 最低必要用量 定期的な見直し・中止検討
オピオイド	モルヒネ オキシコドン フェンタニル ヒドロモルフォン トラマドール コデイン	中～高	過鎮静、認知機能低下 便秘 呼吸抑制	適切な疼痛評価 オピオイドローテーション 副作用対策の徹底
抗精神病薬	ハロペリドール リスペリドン クエチアピン オランザピン	中	錐体外路症状、過鎮静 QT延長、心血管リスク 転倒リスク増加	非定型薬を優先 最低有効用量 定期的心電図モニタリング 症状改善後の早期減量
コルチコステロイド	プレドニゾン デキサメタゾン ヒドロコルチゾン	中	精神症状、不眠 血糖上昇、感染リスク 骨粗鬆症	必要最小限期間 漸減中止 副作用モニタリング
H2受容体拮抗薬	ファモチジン ラニチジン シメチジン	低～中	軽度認知機能低下 薬物相互作用 腎機能低下時蓄積	PPI他への変更 腎機能に応じた減量 必要性の定期的評価

高齢者薬物療法の基本原則

- ・成人量の1/4～1/2量から開始し、効果と副作用を評価しながら慎重に調整
- ・ポリファーマシー対策: 多剤併用時は薬剤師による積極的な処方見直し
- ・多職種連携: 医師・看護師・薬剤師・リハビリ技師の情報共有と継続的モニタリング

情に共感を示すことから始める。「そのような気持ちになられるのですね」といった肯定的なフィードバックは、患者の不安を軽減し治療的関係の構築に寄与する。一方で、論理的な説得は患者の混乱を増強させることも多く、状態に応じた内容の簡略化やタイミングを変更する柔軟性も重要である。

### 家族の関与と支援体制の構築

高齢患者にとって、家族の存在は大きな安心材料となる。家族の面会を促進し、馴染みのある声かけや接触を通じて、安心できる環境を提供する。逆に患者にとって、家族が抑制者や管理者の役割を担うことは更なる混乱を来す原因となるので、家族へのつきそいの依頼は目的を明確化・限局化することが望ましい。また、患者の急な変化に直面した家族は、しばしば強い不安や混乱を経験する。医療者は、せん妄が治療可能な病態であることを丁寧に説明し、家族自身の心理的負担を傾聴・共感する姿勢が求められる。

特に終末期せん妄については、回復可能性が低いことや、患者と家族の価値観に配慮した必要最小限の鎮静を行う事が、せん妄による苦痛の緩和に有効な場合があることを、率直かつ明瞭に伝えることも重要である。

### 継続的な観察と評価

せん妄症状の日内変動は、特に夕方から夜間にかけての症状悪化が知られており、継続的な観察が重要なことは先述したとおりである。症状の変化については、多職種チームで情報を共有し、必要に応じて介入方法の修正を行う。繰り返すが特に低活動型せん妄においては、「いつもと違う」変化に気づく視点が重要である。

## 3. 薬物療法の慎重な適用

高齢者せん妄の薬物療法では、薬物感受性増大を踏まえた慎重なアプローチが重要である。薬物代謝・臓器予備能低下により有害事象リスクが高まるため、必要最小限の使用を心がける。認知症患者では過鎮静、認知機能低下等の副作用が生じやすく、最低必要量での短期間使用を原則とする<sup>1)25)26)</sup>。

### 薬剤選択における基本原則

せん妄に対する薬物療法は、各ガイドライン間で差異が認められるものの、定型抗精神病薬を第一選択とする従来の方針からは大きく変化した。ほぼ共通しているのは、非薬物的介入を最大限実施した上で、重篤な興奮状態でケアが妨げられる場合や、せん妄が患者にとって著しい苦痛の場合のみ検討されるべきとする基本方針である<sup>1)3)26)</sup>。

特に従来の抗精神病薬を第一選択とする方針は、大規模無作為化比較試験でハロペリドールおよびリスペリドンの症状悪化と生存期間短縮が報告されたことを契機に見直しが進んでいる<sup>27)</sup>。海外のガイド

ラインでは軽度から中等度のせん妄に対して、ハロペリドールやリスペリドンはエビデンスが限定的である、と投与に慎重な立場を示している。一方、日本国内では厚労省通知で適応外使用として認められている、ハロペリドール・クエチアピン・リスペリドン・ペロスピロンの4剤が実臨床で使用されている。

従って当院でせん妄に対する薬物療法が必要な場合は、錐体外路症状のリスクが比較的低いオランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの第二世代・第三世代抗精神病薬を、糖尿病の有無を参考にして考慮するのが現状では妥当と考えられる。また最新のNCCNガイドラインでは、低用量ロラゼパムの投与も検討が推奨されているが<sup>26)</sup>、ベンゾジアゼピンの使用そのものがせん妄の直接・増悪因子でもありえることから、引き続き慎重な対応が必要である。

高齢者においては、選択した薬剤にかかわらず成人量の1/4~1/2程度から開始し、効果と副作用を評価しながら漸増する。すべての薬物は最低有効用量に調整し、治療計画が予後と目標に一致することを確認する必要がある。

### 副作用モニタリングの徹底

高齢者では、錐体外路症状、過鎮静、起立性低血圧、QT延長などの副作用が出現しやすい。特に薬剤性パーキンソニズム、アカシジア、ジストニアなどは転倒リスクを増加させる。

血圧、心拍数、意識レベルのモニタリングに加え、不随意運動の有無、歩行状態の変化について評価を行う。副作用が疑われる場合は、速やかに薬剤の減量・中止を検討し、非薬物療法の強化に重点を移す。

### 薬物療法からの離脱戦略

せん妄症状の改善に伴い、早期の薬物療法からの離脱を目指す。高齢者では薬剤の蓄積が起こりやすいため、症状が安定した後も漸減中止を基本とし、急激な中止は避ける。

高齢・脆弱な患者におけるせん妄介入は、多職種による包括的アプローチが不可欠である。予防的介入から発症後のケア、薬物療法の適用まで、各段階において患者中心のケアを実践し、患者の尊厳と機能回復を支援することが重要である。

## おわりに

高齢がん患者の増加により、低活動型せん妄への対応は不可欠な課題である。「静かなせん妄」の過小診断を克服し、患者中心のケアを実践する鍵は、医療者の意識向上と多職種間の円滑なコミュニケーションにある。

がん診療連携拠点病院として、当院は地域のがん医療の質向上を牽引する使命を担っており、せん妄

をはじめとするがんの合併症ケアにおいても高水準な医療の提供が求められる。看護師の「いつもと違う」に気づく視点、薬剤師によるポリファーマシーへの介入、リハビリテーション技師との連携による安全な離床促進など、各職種の専門性を活かしたチームアプローチこそが、高齢・脆弱な患者を支える礎となる。

今後、当院における院内教育システムの構築や、せん妄対策チームの設置を通じて、過小診断のない包括的なせん妄ケア体制の確立が課せられた責務である。我々医療者一人ひとりが、せん妄を「治療すべき症状」として捉え、患者の尊厳を守りながら最適なケアを提供し続けることを、自戒も込めてまとめたい。

## 文献

- 1) 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編. がん患者におけるせん妄ガイドライン2022年版. 金原出版. 2022.
- 2) Seiler A., Blum D., Deuel J. W. et al. Delirium is associated with an increased morbidity and in-hospital mortality in cancer patients: Results from a prospective cohort study. *Palliat Support Care*. 19(3): 294-303. 2021.
- 3) Bush S. H., Lawlor P. G., Ryan K. et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 29(Suppl 4): iv143-iv165. 2018.
- 4) Klankluang W., Tongyai S., Sriphrom C. et al. The prevalence, associated factors, clinical impact, and state of diagnosis of delirium in palliative care patients. *Support Care Cancer*. 29(12): 7949-7956. 2021.
- 5) 日本精神神経学会, 高橋 三郎, 大野 裕. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院. 2023.
- 6) Al Huraizi A. R., Al-Maqbali J. S., Al Farsi R. S. et al. Delirium and Its Association with Short- and Long-Term Health Outcomes in Medically Admitted Patients: A Prospective Study. *J Clin Med*. 12(16). 2023.
- 7) Meagher D. J., Leonard M., Donnelly S.: A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res*. 71: 395-403. 2011.
- 8) Bugiani O. Why is delirium more frequent in the elderly? *Neurol Sci*. 42(8): 3491-3503. 2021.
- 9) Hshieh T. T., Fong T. G., Marcantonio E. R. et al. Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 63(7): 764-772. 2008.
- 10) Yadesa T. M., Kitutu F. E., Deyno S. et al. Prevalence, characteristics and predicting risk factors of adverse drug reactions among hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med*. 9: 20503121211039099. 2021.
- 11) American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 67(4): 674-694. 2019.
- 12) Davis D. H., Muniz Terrera G., Keage H. et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*. 135(Pt 9): 2809-2816. 2012.
- 13) Sprung J., Roberts R. O., Weingarten T. N. et al. Postoperative delirium in elderly patients is associated with subsequent cognitive impairment. *Br J Anaesth*. 119(2): 316-323. 2017.
- 14) Inouye S. K., Charpentier P. A. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelation with baseline vulnerability. *JAMA*. 275: 852-857. 1996.
- 15) Wang X., Wang N., Zhong L. et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry*. 25(12): 3186-3197. 2020.
- 16) Inouye S. K., van Dyck C. H., Alessi C. A. et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 113(12): 941-948. 1990.
- 17) Lemiengre J., Nelis T., Joosten E. et al. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc*. 54(4): 685-689. 2006.
- 18) Wei L. A., Fearing M. A., Sternberg E. J. et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 56(5): 823-830. 2008.
- 19) Marcantonio E. R., Ngo L. H., O' Connor M. et al. 3D-CAM: Derivation and Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-Defined Delirium: A Cross-sectional Diagnostic Test Study. *Ann Intern Med*. 161(8): 554-561. 2014.
- 20) Neefjes E. C. W., van der Vorst Mjdl, Boddaert M. S. A. et al. Accuracy of the Delirium Observational Screening Scale (DOS) as a screening tool for delirium in patients with advanced cancer. *BMC Cancer*. 19(1): 160. 2019.
- 21) Neefjes E. C. W., van der Vorst Mjdl, Boddaert M. S. A. Accuracy of the Delirium Observational Screening Scale (DOS) as a screening tool for delirium in patients with advanced cancer. *BMC Cancer*. 19. 2019.
- 22) Hasemann W., Tolson D., Godwin J. et al. Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study. *J Gerontol Nurs*. 44(12): 35-43. 2018.
- 23) Jackson D., Le Lagadec D., Cleary M. Hypoactive Delirium: The Critical Need for Collaboration Between Families and Nurses in Prevention, Recognition and Care. *J Adv Nurs*. 81(5): 2834-2836. 2025.
- 24) Tazreean R., Nelson G., Twomey R. Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *J Comp Eff Res*. 11(2): 121-129. 2022.
- 25) 日本老年医学会: 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. メジカルビュー社. 2015.
- 26) National Comprehensive Cancer Network, Panel Nccn Palliative Care. NCCN Guidelines Version 2.2025 - Management of Symptoms: Delirium. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2025.
- 27) Agar M. R., Lawlor P. G., Quinn S. et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 177(1): 34-42. 2017.