

FPD_{in}

FoodProof countermeasures for Dementia

フルブルーフせん妄対策

入院せん妄ガイド

診断・薬の使い方・ケアのポイント

非精神科でも安全！簡単で実践的なせん妄対応 第2版

 [せん妄.jp](http://sen妄.jp)

神鋼記念病院

緩和緩和治療科/せん妄対策チーム

ver2.2対応版 2023/02/07

イラスト著作権のため、二次配布を禁止します

人物イラスト ©キリイラストレーション

著者 山川 宣

所属 神鋼記念病院緩和治療科 部長

治療・生活サポートチーム(緩和ケアチーム)

せん妄対策チーム

イラスト著作権等の関係上、改変・二次配布はご遠慮下さい。

このガイドは、個人で作成しています。適用外使用等の薬剤がふくまれています。また、実際の使用に際しては、各医師の責任の元で、投与薬剤・投与量等を患者さんの状態に応じてご判断下さい。

ご意見等は heyohca@me.com まで

目次

目次	
・ 導入	4
・ 入院せん妄初期対応ガイド治療編 ver2.1	6
・ 入院せん妄ケアガイド治療編 ver1.0	8
・ 概念～スクリーニング	10
・ 原因・増悪要因のチェック	11
・ せん妄に対応するための薬剤	
薬剤のポイント	13
夜間の薬：内服困難	16
夜間の薬：内服可能	18
日中の薬剤	20
緊急対応	23
・ せん妄への対応方法（主に看護師むけ）	24
要因を考える	25
ケアの工夫	27
コミュニケーション	29
家族への対応	30

主な商品名

アリピプラゾール：エビリファイ®

クエチアピン：セロクエル®

クロルプロマジン：コントミン®

 ウインタミン®

スボレキサント：ベルソムラ®

デクスメデトミジン：プレセデックス®

トラゾドン：レスリン®・デジレル®

ハバルプロ酸：デパケン®

ハロペリドール：セレネース®リントン®

ヒドロキシジン：アタラックスP®

プロメタジン：ヒベルナ®

ミアンセリン：テトラミド®

ミダゾラム：ドルミカム®

ラメルテオン：ロゼレム®

リスペリドン：リスパダール®

レンボレキサント：デエビゴ®

ロラゼパム：ワイパックス®

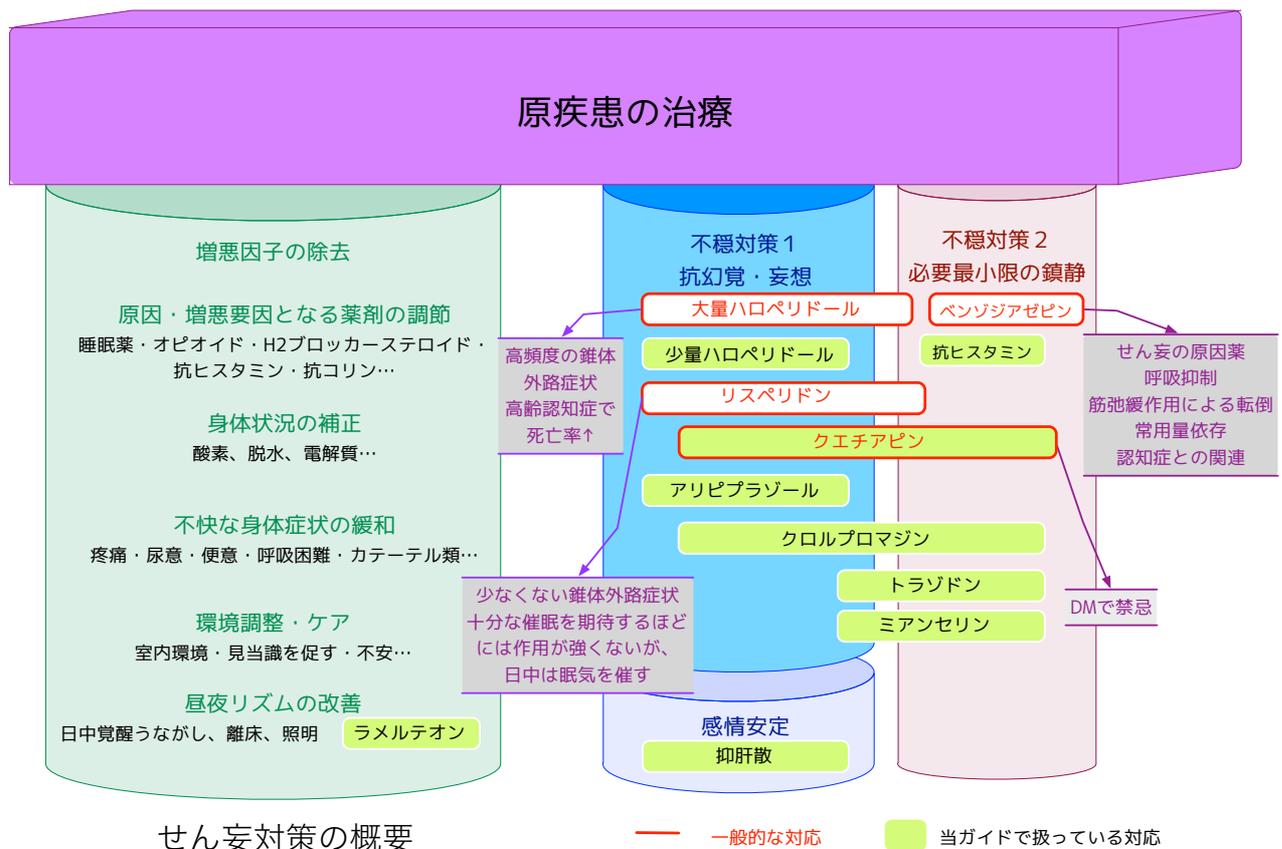
ロルメタゼパム：エバミール®

導入

せん妄は、入院期間の延長・死亡率の上昇・予後の悪化につながる問題で、有病率も一般に考えられている以上に高い疾患です。高齢化時代が進み、入院患者の6~7割以上が70歳以上の高齢者であることが多く、認知症合併症例も増えていることから、入院せん妄初期対応ガイドを作成いたしました。

このガイドの特徴

様々な知見を元に、“教科書的”とは異なる安全なせん妄対策を策定



一般にせん妄対策では抗精神病薬の投与が行われます。しかし近年、認知症合併高齢者に抗精神病薬投与をした際の死亡率増加が相次いで発表¹されています。また抗精神病薬による嚥下機能低下のリスク、さらにベンゾジアゼピン(BZ)系薬剤投与による死亡率の上昇²や認知症の発症との関連³などから、これら薬剤の漫然とした使用に注意喚起がなされています。臨床研修病院等では、必ずしも抗精神病薬やBZ系薬剤になれた医師が指示を出すとは限りません。また不眠不穏時指示として抗精神病薬やBZ系薬剤のテンプレートでの使用も多く、副作用対策に十分目が届かない状況での使用の可能性も懸念されます。そのため教科書的な薬剤使用が、逆に有害事象につながりかねません。

このガイドでは、抗精神病薬の使用を減量・他の薬剤で代用し、BZ系薬剤の使用を最小限に抑え、安全にせん妄への指示が行えるように工夫いたしました。

導入

フールプルーフに配慮

フールプルーフ foolproofは、安全・設計分野では「初心者・慣れていない人が使っても重大な問題が起こらないような安全対策が施されている、誰でも簡単に使える」という意味になります。全病院にわたるせん妄対策は、この観点により安全性／有効性が高まることが期待されます。

肝腎機能低下・全身状態悪化した患者でも比較的安全に使用可能(フールプルーフ1)

併存疾患が多く臓器機能が低下している高齢入院患者が多い当院の現状を踏まえ、使用薬剤は基本的に腎排泄のものを避け、使用量は緩和ケア病棟などでの終末期患者でも実績のある用量を中心に記載しています。一方で安全面を優先しているため、**やや少なめの量が開始量として設定**されています。

患者さんに合わせて適宜増減しての使用をお願いします。

抗精神病薬の副作用・禁忌をなるべくさける工夫(フールプルーフ2)

成書での抗精神病薬は副作用域の用量で記載が多く、実際の場面では慎重なモニタリングが必要です。しかし、これは専門外の医師・看護師にとっては不慣れです。そもそも、副作用が生じにくい用量で効果を引き出せれば、この問題は起こりにくくなります。(例：ハロペリドールは0.3ml)

せん妄だけでなく、不眠指示としても使えるように工夫(フールプルーフ3)

せん妄では、不眠が97%に発症します⁴。不眠対策はせん妄でも重要ですが、せん妄でなくても不眠となることもあります。不眠に対するベンゾジアゼピン系薬剤の使用はせん妄の原因・増悪となります。このガイドでは、どちらも共通した指示で対応しやすいように工夫しました。

他の薬剤の使用を制限するものではありません

成書などで第一選択として挙げられている薬剤や使用量、各先生がたが普段使用している薬剤の使用法とは異なる部分もあります。これは誰が使っても安全に使用できる基礎的な初期対応ガイドですので、**病態に合わせた他の薬剤の選択や、使用量の変更をなんら制限するものではありません。**

なお、ICUでのデクスメトミジンの使用には対応しておりません。ガイドラインでは、ICUせん妄におけるデクスメトミジンの優位性が示されています。

¹ Schneider LS, Dagerman K, Insel PS : Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia : meta-analysis of randomized placebo - controlled trials JAMA 2005 ; 294 : 1934-1943,

² Weich S, Pearce HL, Croft P, et. Al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. BMJ. 2014; 348: g1996,

³ Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ. 2012;345: e6231

⁴ Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al. :Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry. 2007; 190 : 135-141

入院せん妄初期対応ガイド 治療編 VER2.1

FPO_h 入院せん妄初期対応ガイド 治療編 ver 2.2

H29.4.26

“ふだんとなにかおかしい”
Single Question in Delirium(SQID)
不穏状態・自己抜去
昼夜逆転・落ち着かない
会話が少しおかしい
ぼんやりとしている

不穏により**緊急の対策**が必要
例：検査がおこなえない
身体抑制が直ちに必要

緊急対応メニュー
緊急用：ハロペリドールの投与量は多めとなっている
■身体抑制までは必要ない
ハロペリドール **肝** 0.5~1ml 皮下or点滴
■身体抑制が必要
ハロペリドール **肝** 0.3~0.5ml
+プロメタジン **長肝** 0.3~0.5ml } 皮下For点滴
(超高齢者：ハロペリドール0.5ml+ヒドロキシジン25mg筋注)

Key診断せずに漫然と不穏時指示を続けない！
※緊急対応は一時的。その後は診断・原因治療へ

診断
■意識状態低下
□意識混濁 □注意力 □見当識 □認知
■急激な発症・日内変動
■行動異常
またはDST該当 → **せん妄**

Step 0: 予防
不眠時テンプレートで睡眠薬を使用しない
使用するなら適切な症例に個別指示で
当院は入院患者の60~70%以上がハイリスクに該当
長 半減期が長い。遅延に注意
肝 CYP代謝。肝障害時には少ない方の用量で

■このガイドの特徴■
・ベンゾジアゼピン系、抗精神病薬を最小限に
研修医でも安全に使用可能となっています
高齢者・認知症患者での副作用減少を目標
・高齢者、肺肝腎機能低下、終末期も対応可
・ICUでのプレセデックス®には対応してません
・対応困難・原因不明はせん妄チームへ
・他の薬剤の使用を制限するものではありません

Step 1: Attention! ハイリスク
□70歳以上 ※1項目でも該当すればハイリスクと考える
□認知症
□重症患者
□侵襲の高い治療(予定含む)
□頭部疾患の既往
□向精神薬の多剤併用
□せん妄の既往
□アルコール多飲

Step 2: Check! 増悪因子
■不快な身体症状
□痛み □切迫尿意・便秘 □呼吸困難
□パルーンカテーテル・ルート類
■環境の変化
□不眠 □ICU/個室
□可動制限(抑制・ルート類・安静指示)
■精神面(不安・抑うつ)
■感覚低下(視力・聴力障害)

Step 3: Stop! 原因
■感染
■脱水
■低酸素血症
■その他：□臓器障害(脳,心,肝,腎...)
□代謝異常 □電解質(Na⁺,Ca⁺,Mg⁺...)
□貧血 □ビタミン欠乏 □低栄養
■薬 (必要性を厳選)
□ベンゾジアゼピン系薬剤 →基本中止
□H₂ブロッカー →PPI
□オピオイド →鎮痛最適化で減量
□ステロイド □抗コリン薬
□抗ヒスタミン薬

1. Don't!
ベンゾジアゼピン単独使用
ハイリスク群への睡眠薬単独投与は、
医原性のせん妄を引き起こす恐れが高い
レンドルミン®、デパス®
マイスリー®、アモバン®、ルネスタ®等
マイスリー®・アモバン®も広義のベンゾジアゼピン系

2. Do! 増悪因子の軽減

3. Do! 採血・採尿→原因への治療・対策

せん妄への薬物療法

イライラ・興奮・日中不穏

抑肝散 1~3包/日 頓用もしくは定期
※理想はイライラする前
甘草が含まれるため、心不全患者などでは減量

催眠作用の少ない抗精神病薬として
アリピプラゾール液 **肝** 1.5ml~3ml 朝

少量のトラゾドン **肝** 不穏が出る前に内服
(眠気の出ない範囲で0.25Tなど)

上記困難時

ハロペリドール **肝** 0.3ml (2~3日は1mlを許容)
またはリスベリドン **肝** 0.5~1ml
連用はハロペリドール0.3ml,リスベリドン0.5ml/日迄
ハロペリドール0.5mlでも連用でアカシジアの発症例あり

※プロメタジン・ヒドロキシジン・トラゾドン・ミアンセリン
コントロール不良のけいれんでは慎重投与
※スプレキサントはせん妄への影響が未評価のため、
記載していません

睡眠薬を常用・アルコールせん妄患者 →離脱予防・増悪予防に他剤と併用

ロラゼパム(0.5) 0.5~1T 眠前 ジアゼパム **長肝** 2.5~5mg 就前(内服/注射)

睡眠リズム ラメルテオン 0.5~1T 眠前 速効性がないため、ハイリスク群は入院時に
予防的投与も検討

夜間睡眠対策 1st.

トラゾドン **肝** 0.5~1T 夕後 or 眠前
不眠時同量追加、4錠/日まで使用可
※ハイリスク群では定期使用を検討

内服困難時

ハロペリドール **肝** 0.3ml } 皮下
プロメタジン **長肝** 0.3~0.5ml } or点滴
不足時プロメタジン **長肝** 0.3~0.5ml追加
プロメタジンは2ml/日を上限
超高齢者：プロメタジンをヒドロキシジン25~50mg
ハロペリドールの基本量は0.3ml。
0.5ml 以上は副作用域での使用

夜間睡眠対策 2nd.

DM(-)かつ認知症(-)なら
ケチアピン(25) **肝** 0.5~1T 夕後 or 眠前
不足時同量追加、4錠/日まで使用

それ以外の場合
ミアンセリン **長肝** 0.5~1T夕後 or 眠前
不眠時同量追加、3錠/日まで使用可

内服困難時
クロルプロマジン 2~2.5ml+5%ブドウ糖50ml
不眠時同量追加 計10ml(50mg)まで
終末期でも問題は少ないが、低血圧には留意

※夜間睡眠対策の薬剤は前日の結果をもとに増量/減量を。2錠以上なら夕+眠前の分服もOK

入院せん妄初期対応ガイド治療編 VER2.1

A項目をすべて評価します。

Delirium Screening Tool DST

<p>現実感覚</p> <p>夢と現実の区別がつかなくなったり、ものを見間違えたりする。例えば、ごみ箱がトイレに、寝具や点滴のピンが他のものに、さらに天井のシミが虫に見えたりするなど。</p>	<p>活動性の低下</p> <p>話しかけても反応しなかったり、会話や人とのやりとりが億劫そうに見えたり、視線を避けようとしたりする。一見すると「うつ状態」のように見える。</p>	<p>興奮</p> <p>ソワソワとして落ち着きがなかったり、不安な表情を示したりする。あるいは点滴を抜いてしまったり、興奮し暴力をふるったりする。時に鎮静処置を必要とすることがある。</p>	<p>幻覚</p> <p>幻覚がある。現実にはない声が聞こえる。実在しないものが見える。現実的にはありそうにない不快な味や臭いを訴える(口がいつも苦い、しぶい。嫌なにおいがするなど)。「体に虫が這っている」などと言ったりする</p>
<p>気分の変動</p> <p>涙もろかったり、怒りっぽかったり、焦りやすかったりする。あるいは、実際に泣いたり、怒ったりするなど感情が不安定である。</p>	<p>睡眠-覚醒リズム</p> <p>日中の居眠りと夜間の睡眠障害などにより、昼夜が逆転していたり、あるいは一日中傾眠状態にあり、話しかけてもウトウトしていたりする</p>	<p>妄想</p> <p>最近新たに始まった妄想(誤った考えを固く信じている状態)がある。 例えば、「家族や看護スタッフがいじめる」「医者に殺される」など言ったりする。</p>	<p>1つでも該当項目があった場合、B項目をすべて評価します</p>

B項目

<p>見当識障害</p> <p>見当識(時間・場所・人物などに関する認識)障害がある。例えば、昼なのに夜と思ったり、病院にいるのに自分の家と言うなど、自分がどこにいるかわからなくなったり、看護スタッフを「孫だ」と言う、身近な人の区別がつかなくなったりするなど。</p>	<p>記憶障害</p> <p>最近急激に始まった記憶障害がある。例えば、過去の出来事を思い出せない、さっき起こったことも忘れる。 1つでも該当項目があった場合、C項目をすべて評価します</p>
---	--

C項目

<p>精神症状の発症パターン</p> <p>現在ある精神症状は、数日から数週間前に急激に始まった。あるいは、急激に変化した。</p>	<p>症状の変動</p> <p>現在の精神症状は、一日のうちでも出たり引込んだりする。例えば、昼間は精神症状や問題行動なく過ごすが、夕方から夜間にかけて悪化するなど。</p>
---	--

Cのいずれかが該当→せん妄の可能性あり。対応を開始してください。

せん妄対策におけるピットフォール

せん妄は身体疾患

精神症状 ← 身体疾患 (機序: 炎症性サイトカインによる脳血流門調など) → 精神疾患

Key 身体疾患の治療がせん妄対策の最重要課題

本人の不安に対処

せん妄症状 = 酩酊・ねぼけ

抑制、意に沿わない投薬や言動→危害を加えられたと記憶が残る

Key 本人は状況が分からず不安。対処は強制・抑制ではなく安心感で

家族の不安に対処

監視役 ← 付き添い → 本人の安心感

原病に加えての精神症状で家族も強い不安。監視役の依頼は、更なるストレス負荷→防衛機制(転嫁)の形で治療への不満にもつながる。

Key 家族の不安に耳を傾け、精神病ではないこと・十分な対処を保証

せん妄ハイリスク群への睡眠薬

~~ベンゾジアゼピン類薬~~

- 入院ではこれまで大丈夫だった睡眠薬もせん妄の原因薬となる。(せん妄に関係なく、ベンゾジアゼピンの4週以上の漫然とした使用は不適切とも)
- ルネスタ・ゾルピデムは、ベンゾジアゼピンと作用点が共通。せん妄・依存症においては基本的に同じと考える。

Key せん妄症状が出現してなくても、基本的には使わない!

薬物療法の目標

せん妄治療 → 原因の身体疾患を治療・増悪因子の除去
原因薬の調節・環境調整

抗精神病薬 → 限定的な効果。原因は改善しない

Key 薬物療法は治療完遂までの最小限の安全確保

身体抑制について

身体抑制が必要な状況では、間欠的鎮静の併用を検討してください(覚醒下の漫然とした身体抑制継続は人権上も問題)

薬剤解説

	D ₂	H ₁	5HT _{2A}	5HT _{2c}	α ₁		当ガイドでの推奨常用量
ハロペリドール	+++	-	±	-	+	抗H ₁ 作用弱く催眠は期待できない。興奮への鎮静作用+。1週以上の使用に注意	3mg(0.3ml)
リスベリドン	+++	+	+++	-	++	抗H ₁ 作用弱く催眠は少ない。口腔粘膜からも吸収。1週以上の使用に注意	0.5-1mg(0.5-1ml)
クエチアピン	+	+++	++	++	+	催眠作用強く、錐体外路症状のリスク少ない。糖尿病禁忌	12.5-100mg(0.5-4錠)
クロルプロマジン	++	+++	+++	-	++	催眠作用が強く、入眠目的の使用では錐体外路症状のリスク少ない	12.5-50mg(2.5-10ml)
オランザピン	++	+++	+++	+	+	制吐作用・催眠作用が強い。錐体外路症状のリスクは中程度。糖尿病禁忌	2.5-5mg
アリピラゾール	+++	±	+	-	+	催眠作用弱く、日中の使用に適している	1.5-3ml
トラゾドン	-	+	+++	++	○	世界で睡眠薬の代用として使用。睡眠深度を深くする。若年者では効果不十分	12.5-100mg(0.5-4錠)
ミアンセリン	-	+++	++	++	○	抗H ₁ 作用強く、安全な睡眠薬として使用されているが、遷延する場合あり	10-30mg(1-3錠)
プロメタジン	-	+++				抗H ₁ 強く、鎮静目的でも使用。遷延する場合あり	7.5-25mg(0.3ml-1ml)
ロラゼパム						グルクロン酸抱合で代謝されるため、遷延しにくいベンゾジアゼピン系	0.25-1mg(0.5-2錠)
抑肝散						イライラに対して頓用・定期に使用。飲み口がよく、副作用は少ない。カンゾウを含むため、浮腫/心不全に注意。	2.5-7.5g(1-3包)
ラメルテオン						催眠作用はないが、日内リズムの回復により自然な睡眠。1週間以上内服で効果発現。副作用少ないが1錠では日中遷延も	4mg(0.5錠)

5HT_{2A}→錐体外路症状を軽減、5HT_{2C}→睡眠深度を深くする、せん妄への効果
推奨量は副作用が発現しないことを保証するものではありません

- ハロペリドール(セレネース/リントン)、リスベリドン(リスバダール)、プロメタジン(ヒベルナ)、クロルプロマジン(コントミン)、ラメルテオン(ロゼレム)、トラゾドン(レスリン/デジレル)、ミアンセリン(テトラミド)、クエチアピン(セロクエル)、アリピラゾール(エビリファイ)、ロラゼパム(ワイパックス)
- 高齢者、不穏状態では睡眠薬(ルネスタ、ゾルピデム…)、抗ヒスタミン薬(アタP、ヒベルナ)の単独使用はせん妄症状悪化リスクがあるため避ける使用する場合、抗精神病薬の先行投与が望ましい(定期使用時は錐体外路症状に注意)

入院せん妄ケアガイドVER1.0



入院患者せん妄ケアガイド

ver.1.0 H27.10.1

『あの時は本当に怖かった…』患者さん自身がつらい体験。せん妄対策は「原因除去」と「環境調整などのケア」が最も重要。患者さん・ご家族にとって安心・安全な入院生活を目指します。

Step 0：予防対策

※1項目でも該当すればハイリスク

ハイリスクcheck!

- 70歳以上
- 認知症
- 睡眠薬
- 重症患者
- 侵襲の高い治療(予定含む)
- 頭部疾患の既往
- せん妄の既往
- アルコール多飲

夜間の指示の再確認

睡眠薬の単独使用は避ける

レンドルミン・デバス・マイスリー・アモバン・(アタラックスP)

追加指示は病棟で実施可能?

Step 1：何か変?いつもと違う感じ?

家族に確認「普段と違いますか?」性格・生活状況

- 興奮している
イライラ、ソワソワ、暴力的、点滴やドレーンを頻繁に触る
- 活気がない
ウトウト、日中も閉眼して過ごす、要望を聞いても返答しない
- 時間・場所・人がわからない(見当識障害)
時々つじつまの合わない会話になる、会話が止まってしまう
- ないものが見える、聴こえる(幻視、幻覚、誤解)

1つでも当てはまれば

Step 2：DST(せん妄スクリーニングテスト)

A項目をすべて評価します。

現実感覚

夢と現実の区別がつかなくなったり、ものを見間違えたりする。例えば、ごみ箱がトイレに、寝具や点滴のピンが他のものに、さらに天井のシミが虫に見えたりするなど

活動性の低下

話しかけても反応しなかったり、会話や人とのやりとりが億劫そうに見えたり、視線を避けようとしたりする。一見すると“うつ状態”のように見える

興奮

ソワソワとして落ち着きがなかったり、不安な表情を示したりする。あるいは点滴を抜いてしまったり、興奮し暴力をふるったりする。時に鎮静処置を必要とすることがある

気分の変動

涙もろかったり、怒りっぽかったり、焦りやすかったりする。あるいは、実際に泣いたり、怒ったりするなど感情が不安定である

睡眠-覚醒リズム

日中の居眠りと夜間の睡眠障害などにより、昼夜が逆転していたり、あるいは一日中傾眠状態にあり、話しかけてもウトウトしていたりする

妄想

最新新たに始まった妄想(誤った考えを固く信じている状態)がある。例えば「家族や看護スタッフがいじめる」「医者に殺される」など言ったりする

幻覚

幻覚がある。現実にはない声が聞こえる。実在しないものが見える。現実的にはありそうにない不快な味や臭いを訴える(口がいつも苦い、しぶい。嫌なにおいがするなど)。「体に虫が這っている」などと言ったりする

1つでも該当項目したらB項目に進みます

B項目をすべて評価します。

見当識障害

見当識(時間・場所・人物などに関する認識)障害がある。例えば昼なのに夜と思ったり、病院に在るのに自分の家だと言うなど、自分がどこにいるかわからなくなったり、看護スタッフを「孫だ」と言う、身近な人の区別がつかなくなったりするなど

記憶障害

最近急激に始まった記憶障害がある。例えば、過去の出来事を思い出せない、さっき起こったことも忘れる

1つでも該当項目したらC項目に進みます

C項目をすべて評価します。

精神症状の発症パターン

現在ある精神症状は、数日から数週間前に急激に始まった。あるいは、急激に変化した

症状の変動

現在の精神症状は一日のうちでも出たり引っ込んだりする。例えば、昼頃は精神症状や問題行動なく過ごすが、夕方から夜間にかけて悪化するなど

C項目のいずれかが該当した場合はせん妄の可能性あり対応を開始してください。

裏へ

入院せん妄ケアガイドVER1.0

Step 3 : 評価とそれに基づくケア(1)からだの状況

項目	看護師のケア	医師と相談
病態 <input type="checkbox"/> 感染, 炎症 <input type="checkbox"/> 高Ca, 低Na(電解質) <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 臓器障害(肝, 腎, 心...) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他(低栄養, ビタミン)	バイタルサインの変化 尿所見 (混濁・匂い) 水分摂取状況・皮膚/浮腫所見の確認 検査データの見直し	各種検査の依頼 (必要に応じ尿検査も) 点滴等での治療
薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> H2ブロッカー <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 抗コリン薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> 抗がん剤など	投与薬剤check	医師に再確認 変更・減量の相談
症状 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 便秘・尿意 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他	・十分な鎮痛薬投与 ・呼吸状態check, 涼しい室温, 空気の流れ, 薬剤 ・排泄状況check, 残尿, カテーテル閉塞 ・睡眠指示check, 夜間の巡回などの工夫 ・不快な症状の緩和に努める	・鎮痛指示の見直し ・酸素投与・呼吸苦緩和指示 ・便秘薬などの調整 ・不眠時指示の見直し ・治療・症状緩和指示

Step 3 : 評価とそれに基づくケア(2)まわりの状況

状況が分からず不安→不穏 安心できる環境を!

チェック項目	<input type="checkbox"/> 入院・ICU・照明・騒音 <input type="checkbox"/> 不安・ストレス <input type="checkbox"/> 視力低下・聴力低下 <input type="checkbox"/> 可動制限 (身体抑制・柵・バルンカテーテル・ルート類) <input type="checkbox"/> 家族の状況
--------	--

見当識を保つ ・カレンダー, 時計を見やすく ・時間や場所をこまめに伝える ・予定に関する情報提供 ・窓から景色が見えるように ・メガネ・補聴器の準備	快適・安全な環境の構築 ・必要性の低いカテーテルの抜去 ・ルートなどを見えにくく工夫 ・最小限の身体抑制 センサーなども活用 ・アラーム音・環境雑音の調整 ・危険物の除去	生活リズムの改善 ・昼は明るく、夜は薄暗く (真っ暗は不安) ・坐位・リハビリ・散歩 ・テレビ・ラジオをつける ・24時間点滴の見直し ・巡回・処置の時間
---	--	--

安心を向上: 本人の不安・家族の不安への配慮と、一緒にケアをする姿勢

本人へ ・体験・不安な気持ちを尊重した声かけ ・傾聴し、否定せずに共感 ・必要なら不安軽減のため穏やかに訂正。	家族へ × 監視役としての付き添い → ○ 本人が安心できるために可能な範囲で依頼 ・十分に想いを聴き、せん妄の説明 (対応例参照) ・本人が安心できる環境への協力依頼 カレンダー, 時計, 写真, 趣味の物...
---	---

対応の例

- ・患者の話を否定せず、よく分からずに不安であることに十分理解/共感を示す。より安心をひきだす対応を心がける。
- ・説得は無効。問い詰めたりしない。→本人が不穏になるにはそれなりの理由がある(苦痛・錯覚・幻覚からくる恐怖)
- ・間違った認識の助長になるため、話を適当に合わせてあしらわない。

○ 会社にいる気がするんですね。ここは病院なので不思議ですね	共感+おだやかな訂正	× お仕事続けていてくださいね	助長
○ 変なものが見えたりすると、不安になりますよね。	共感	× そんなところに何もありません!	強い否定
○ でもよくあることで、精神異常や認知症ではないですよ。	安心		
○ 管が気になりますよね。邪魔でごめんさいね (さりげなく目につかないように工夫する)	共感+安全確保	× この管は大事なので、触っちゃダメですよ!! × さっきも言いましたよね、覚えてませんか?	説得 問い詰め
○ 今は何日、何時ですよ。○○病院の5階病棟ですね。	見当識	× はいはい夜ですよ(夜と勘違いしてるのに)	助長
○ あと30分で昼ご飯ですよ	見当識		
○ これから、ガーゼ交換しますね。	安心	× 動かないで!!	何をされるか分からず、不安

家族への対応: 想いを十分傾聴。不安な家族に配慮して協力依頼。資料などを使って病態説明

○ ご本人も不安なので、安心できるようにご協力して頂けますか?	× 暴れて危険なので付き添ってください
○ 精神異常や認知症ではありません。体が落ち着けば元に戻ります。	家族も不安→ときに反発も招く 大切なのは一緒にケアする姿勢
○ ご家族にもご心配をおかけしてすみません。	

せん妄対策—概念～診断

せん妄対策(治療)の要点

せん妄発症したら、全身状態の悪化を疑う
 D₂受容体拮抗作用を持つ薬剤と、催眠作用を持つ薬剤の使い分け
 睡眠薬は、高齢入院患者には原則使用しない

せん妄は急性脳機能障害

~~せん妄は精神科疾患。おとなしくさせるために薬を使う~~

せん妄発症したら全身評価。原因を突き止めて治療の見直しを

せん妄は精神症状が目立ちますが、その正体は続発性の急性脳機能障害による意識障害であり、急性の多臓器障害の側面もあります。せん妄が発症した場合には、背後にある身体疾患の増悪の可能性を念頭に置く必要があります。まず原因を突き止めて、治療の追加・再検討をお願いします。

早めの診断で、全身状態悪化の芽を摘む

せん妄のスクリーニング：当ガイドでの推奨

普段と比べて何かがおかしい（家族、知人に尋ねる）
 Single Question in Delirium(SQID)

例：不穏状態・自己抜去・昼夜逆転・落ち着かない・会話が少しおかしい・ぼんやりとしている

自己抜針・暴れる・叫ぶなどの興奮状態があれば、容易にせん妄を疑い対応ができますが、すでにこの時点でせん妄としては重症以上の状態¹です。多臓器障害の側面があることを考えると、早期の発見が全体としての予後改善にもつながります。SQIDはわずか一つの質問でスクリーニングできます²。

せん妄における精神運動性障害評価の目安¹

軽度：	いわゆる低活動型のせん妄で、不穏興奮が目立たない
中等度：	不眠不穏を認めるが危険行為には至らない
重度：	夜間に不穏興奮が強くライン抜去、転落などの危険が高い
最重度：	昼間にも不穏興奮が見られ、ライン抜去、転落などの危険が非常に高い

せん妄対策－原因・増悪要因のチェック

ハイリスク群に要注意

ハイリスク群の同定		
70歳以上	認知症	向精神薬の併用
重症患者	侵襲の高い治療(予定含む)	頭部疾患の既往
せん妄の既往	アルコール多飲	

通常の病院では、入院患者の約7割以上がせん妄ハイリスク群に該当します。ハイリスク群では常にせん妄が起こっていないかをスクリーニングする必要があります。

せん妄の原因 **採血・尿検査は必須！**

主なせん妄の原因		
■感染	■脱水	■低酸素血症
■臓器障害(脳,心,肝,腎…)	■代謝異常	■電解質(Na ⁺ ,Ca ⁺ ,Mg ⁺ ..)
■貧血	■ビタミン欠乏	■低栄養
□ベンゾジアゼピン作動薬	□H ₂ ブロッカー	□オピオイド
□ステロイド	□抗コリン薬	□抗ヒスタミン薬

薬剤単独が原因の場合を除き、せん妄患者には基本的に多臓器障害につながる原因疾患があります。感染症、炎症、脱水、低酸素血症、脳疾患、心不全、電解質異常、代謝性疾患（尿毒症、肝不全、血糖異常…）など放置すれば生命の危機に直結します。肺炎などで、他の身体症状が顕在化する前にせん妄が増悪することもよくあります。

一般病棟で敗血症を疑うサイン(quickSOFA)²

以下の3項目のうち2項目以上で敗血症を疑う

精神の変化 呼吸数22回/分以上 収縮期血圧100mg以下

2016年2月に欧州・米国では敗血症のガイドラインが改訂されました。一般病棟では「精神の変化」「呼吸数22以上」「収縮期血圧100mmHg以下」のうち2項目で敗血症を疑うと定義されました³。発熱やその他の症状ではなく、**せん妄が敗血症の早期発見にて重要な因子**であることが再確認されています。2020年版では、qSOFA単独でのスクリーニングは推奨されていませんが、これはqSOFAに該当しない敗血症が多数存在するため、qSOFAに該当した敗血症はより重症であることも示唆されています⁴。

せん妄対策—原因・増悪要因のチェック

また採血をしないと分からない病態や、尿所見以外に検査値の異常が乏しくなりがちな尿路感染症は、せん妄が数少ない症状の一つであることも少なくありません。

せん妄が発症したら薬剤の指示だけではなく、全身の診察と検査等により原因の同定をお願いします。たとえ前日に採血されていても、**せん妄発症日・増悪日には採血・尿検査は必ず実施**してください。

増悪因子の除去を

せん妄は不快な身体症状・心理的状态・環境因子などで増悪します。原因である身体疾患を直ちに改善できなくても、これら増悪因子の改善・除去でせん妄の症状が落ち着くと、原疾患の治療がスムーズに行えることにつながります。

ケア・環境調整などについては、P.23以降をご参照ください。

¹ 和田 健. せん妄の臨床 リアルワールドプラクティス. 新興医学出版社, 東京, 2012

² Sands MB, Dantoc BP, Hartshorn A, et al. Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. Palliat Med. 2010;24:561-5

³ Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801-10

⁴ 日本版敗血症診療ガイドライン2020.日集中医誌.2021;28(supple):S1-S411

せん妄に対応するための薬剤－薬剤のポイント

定型指示の再検討を

不眠時 ルネスタ 1mg レンドルミン 0.25mg	不眠・不穏時 1) アタラックスP 0.5A 2) セレネース1A	不眠・不穏時 セレネース1A リスパダール1包
定型指示として、入院患者には必ずしも望ましいものではない例		

入院患者の多くがハイリスク群であり、せん妄対策において定型指示の見直しが重要となります。

薬剤を理解するための5つの作用

せん妄対策に使われる薬剤は、| D₂受容体拮抗(D₂) | α₁受容体拮抗(α₁) | 5HT_{2A,2C}受容体拮抗(5HT_{2A, 2C}) | 抗ヒスタミン(H₁) | BZ受容体作動(BZ)の5つの作用を理解すると使い分けが容易になります。

D₂	5HT 2A 2C	H₁	α₁	BZRA
D ₂ 受容体遮断 抗幻覚 抗妄想	α ₁ 受容体遮断 鎮静 血圧低下	5HT _{2A, 2C} 受容体遮断 意欲・気分改善 深睡眠増加(2C>2A) 錐体外路症状軽減 せん妄への効果？	H ₁ 受容体遮断 催眠・抗不安	ベンゾジアゼピン 受容体作動 催眠・抗不安 筋弛緩 呼吸抑制

ベンゾジアゼピン受容体=GABA_A受容体ベンゾジアゼピン作用部位

わかりやすさを重視するため、各受容体の作用は、K_i値を参考に、1錠の容量等も加味したより臨床の感覚に近いものを独自に設定しています。

薬剤投与の原則

- 1) 一般にせん妄治療薬の第一選択とされているD₂受容体拮抗薬は、抗幻覚・妄想のための薬剤です。
- 2) 治療の安全確保などで必要な場合に、催眠作用のある薬剤で夜間入眠・鎮静をはかります。
- 3) 日中の指示と夜間の指示を分けます。「不眠・不穏時」ではどちらか不明瞭です。
- 4) 眠くなる薬は、寝るまで投与しないと逆効果の恐れがあります。

ハイリスク群にベンゾジアゼピンを使わない

入院患者の多くはせん妄ハイリスクのため、BZ受容体作動薬（≡ベンゾジアゼピン系睡眠薬）の使用はせん妄の原因にもなってしまいます。そのため定型指示には「不眠時 ゾルピデム(マイスリー®)」等と記載しないことが大切です。BZ作動薬は、**低リスク・必要な患者に個別の指示**を出してください。

*ベンゾジアゼピン(BZ)は構造名ですが、非BZ系とされるエスゾピクロン・ゾルピデムなども作用点は同じであるため、広義には同じ薬剤です。このような誤解を避けるためベンゾジアゼピン(BZ)受容体作動薬と表現されることがあり、更にベンゾジアゼピン受容体はベンゾジアゼピン部位（GABA_A受容体の一部分）と呼称するようになってきています。

せん妄に対応するための薬剤－薬剤のポイント

ハロペリドール（セレネース®）は眠る薬ではない

ハロペリドールの主作用は(D₂)による抗幻覚・妄想で、鎮静作用ではありません。鎮静作用は(α₁)によりますが、それほど強くはありません。催眠が得られる用量のハロペリドールの継続使用は、過量による錐体外路症状の高いリスク(40%とも)になります。

D₂受容体は60~75%程度の遮断が、治療効果が得られつつ錐体外路症状が避けられるとされています。ハロペリドール注は

0.2~0.3ml(1~1.5mg)でこの量になるため¹、精神科でも従来の使用量が多すぎると指摘されています²。

ハロペリドールは催眠目的ではなく、あくまでせん妄の幻覚・妄想を抑える目的で使用してください。

■ハロペリドール（セレネース®） 0.3ml/日（0.3mlは上限。肝障害やパーキンソンでは0.1~0.2mlで 以下同じ）

抗幻覚・妄想の目的で使用。0.5mlの連用で錐体外路症状が起こることも！

リスパダール（リスパダール®）は中途半端な立ち位置

リスパダールはハロペリドールと比べると催眠作用（H₁）がありますが、特段強くなく、(D₂)は強めです。そのため、非定型抗精神病薬のなかでは錐体外路症状のリスクが比較的高いとされています。また、しっかり寝るまで投与するのは過量となりがちです。夜間は効果が不十分なことも多く、一方で日中は軽い鎮静作用があるのでせん妄の増悪の恐れがあります。せん妄の治療でよく成書などにも書かれています。実際のせん妄対策では使用場面が限られます。

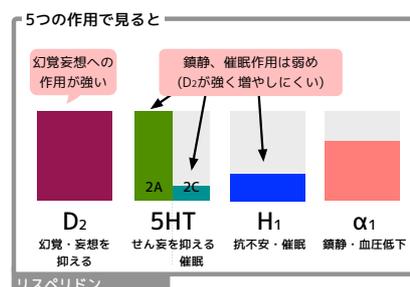
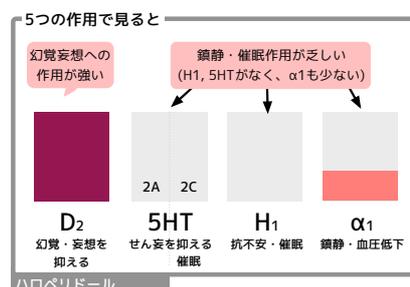
ハロペリドール、リスパダールともに健康成人では睡眠時間などを改善しないことが示されています³。

■リスパダール（リスパダール®） 0.5~1ml/日

弱い催眠作用があるが、連用では錐体外路症状リスクが比較的高い

昼夜に分ける指示－「不眠・不穏時」は使わない

「不眠・不穏時」指示は多く見られますが、せん妄は意識障害ですので、昼間には眠くならない薬剤である必要があります。そのため「不眠・不穏時」は、昼間には使えない不適当な薬剤となります。逆に昼間に使っても大丈夫な薬は、夜間には力不足になります。「不眠/不穏時」はそもそもうまくいかない指示の出し方となりやすいのです。



せん妄に対応するための薬剤－薬剤のポイント

催眠作用をもつ薬剤の投与の注意点

催眠作用をもつ薬剤は、単独で使用すると脳機能の低下、つまりせん妄症状の増悪を招くことがあります。そのため、せん妄時に使用する際には(D₂)や(5HT_{2A})の作用を持つ薬剤を**先行投与**することが望ましいとされます。

眠くなる薬は、眠るまで投与

催眠作用を持つ薬剤は、入眠するまで十分な量を使うことが重要です。**十分な量を投与できない場合には、中途半端な催眠作用により、かえってせん妄が増悪**する恐れがあります。そのため、眠るまで使えないなら、使わない方がマシ、という事態になりかねません。

効果不十分の場合に備えて、その病棟の看護師が実際に使用しやすい追加指示があることが大切になります。



¹ de Haan L, van Bruggen M, Lavalaye J, et al. Subjective experience and D2 receptor occupancy in patients with recent-onset schizophrenia treated with low-dose olanzapine or haloperidol: a randomized, double-blind study. Am J Psychiatry 2003 ;160: 303–309

² Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J. Antipsychotics for delirium. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. 2009; 1:1–117.

1.5mgのハロペリドールと、非定型抗精神病薬は効果は変わらず、経口4.5mg(注射換算2.25mg)以上で副作用が増大する

³ Cohrs S. Sleep disturbances in patients with schizophrenia : impact and effect of antipsychotics. CNS Drugs. 2008;22(11):939-62.

せん妄に対応するための薬剤—夜間の薬剤：内服不能

■内服できないとき：**D₂ + H₁** もしくは **D₂ + BZRA**

<p style="text-align: center;">1st. line</p> <p style="text-align: center;"><u>不眠時</u> 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) ハロペリドール0.3ml+プロメタジン0.3ml 2) プロメタジン0.3ml (1 ml/日まで)</p> <p>超高齢者ではプロメタジン→ヒドロキシジン 0.5ml</p>	<p style="text-align: center;">2nd. line</p> <p style="text-align: center;"><u>不眠時</u> 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) クロルプロマジン2ml(10mg) 2) 同量追加 50mgまで</p>
<p style="text-align: center;">1st. line (BZ受容体作動薬を選択するとき)</p> <p style="text-align: center;"><u>不眠時</u> 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) ハロペリドール®0.3ml投与後 ミダゾラム®(10) 1 A+生食100ml点滴静注、寝るまで</p>	

プロメタジン、クロルプロマジン、ミダゾラムの1回量は効果にあわせて適宜増減。
ハロペリドール、プロメタジンは皮下注or希釈して点滴静注、クロルプロマジンは筋注or希釈して点滴静注

ハロペリドール:セレネース®・リントン® プロメタジン:ヒベルナ® クロルプロマジン:コントミン®
ヒドロキシジン:アタラックスP® ミダゾラム:ドルミカム®

夜間の睡眠確保のための薬剤が必要な場合

■第一選択 (D₂)+(H₁)

第一選択としたハロペリドール+プロメタジン (ヒベルナ®) の組み合わせは、精神科疾患の興奮にも安全との報告¹もあり、せん妄においても穏やかな鎮静を期待する場合に使用できる²とされています。プロメタジンは抗ヒスタミン薬であり、呼吸抑制の面からは安全に使用できますが、遷延しがちなのが欠点です。

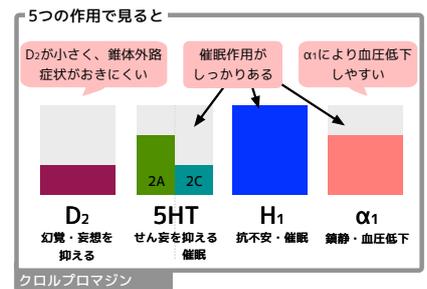
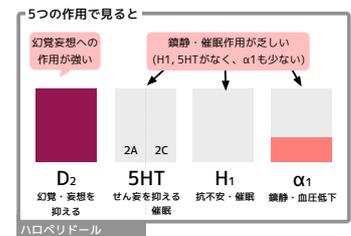
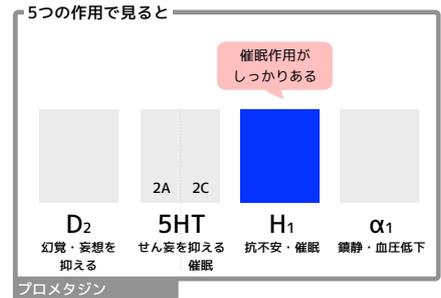
■ハロペリドール(セレネース®)0.3ml+プロメタジン(ヒベルナ®) 0.3~1ml

呼吸抑制(-)で安全。肝機能低下で遷延。効果不十分ならプロメタジンは追加使用

*ハロペリドールとプロメタジンは原液同士の混合は不可です。別のシリンジで50ml程度の5%ブドウ糖液や生食に希釈するか、単独投与の場合には分けて投与をお願いします。

■第二選択(D₂)+(H₁)

クロルプロマジン (コントミン®) は、比較的弱い(D₂)と強い催眠作用(H₁)を持つ薬剤で、プロメタジンでうまく入眠できない場合の第二選



せん妄に対応するための薬剤—夜間の薬剤：内服不能

択になります。グルクロン酸抱合により代謝されるため、肝不全でも遷延リスクが少ないのが特徴で、作用時間も8～10時間程度です。血圧低下作用はハロペリドールより強めです。

プロメタジン・クロルプロマジンともに、抗コリン作用がやや強いのは欠点ではあります。

クロルプロマジンは、せん妄に対する使用は避けるべきとの意見もありますが²、一方で前述のクエチアピン（次ページ右下）との受容体特性はきわめて似通っており、終末期のせん妄の治療薬にハロペリドールとともに挙げられています³。クエチアピンより(α_1)が強いため、ICUでDEXと併用する場合は血圧低下が問題になることがありますので避けてください。内服の降圧薬は大きな問題にはなりにくいようです。

■クロルプロマジン(コントミン®) 2ml(10mg)～10ml(50mg)/日

鎮静作用強い。プロメタジンより遷延が少ない。時に α 作用での血圧低下あり

■ベンゾジアゼピンを使用する場合(D₂)+(BZ)

この妄対策では、可能な限りBZ作動薬を使用しないことを原則としています、しかし、(D₂)+(BZ)は夜間の一般的な対応法ですので、慣れた環境ではむしろ好ましい場合もあります。また(H₁)だけでは眠れない場合には必須となります。これまで取り上げた薬剤が使用しにくい環境もあるので、必要な薬剤の一つです。

しかし、特に注射のBZ作動薬は、呼吸抑制が恐れられています。実際にそのような医療事故も後を絶ちません。その一方で鎮静の世界標準はミダゾラム（ドルミカム®）で、終末期で死亡リスクをあげないこともコンセンサスとしてあります。これらから、正しい使い方をすることが重要となります。

安全性を高める投与方法として、(D₂)：少量のハロペリドールを先行投与したあと、十分に希釈したドルミカムを滴下します。ミダゾラムは作用発現が30秒～のため、急速滴下して寝たら中止でよいでしょう（滴下中に傍を離れてはならないため、ゆっくりな投与より急速適下のほうが現実的です）。

■ハロペリドール0.3ml投与後、ミダゾラム1A+生食100ml 急速適下。寝たら中止。中途覚醒したら追加使用。適下中は絶対に傍を離れない。

せん妄に対応するための薬剤—夜間の薬剤：内服可能

■内服できるとき：(1)  (2) 

1st. line	2nd. line	
<p>不眠時 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) トラゾドン(25)0.5~1錠 2) 同量追加(4錠/日まで)</p>	<p>不眠時 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) ミアンセリン®(10)0.5~1錠 2) 同量追加(3錠/日まで)</p>	<p>不眠時 1)は夕食後/就前 定期も検討</p> <p>1) クエチアピン(12.5)1~2錠 2) 同量追加(8錠/日まで)</p>

<p>併用を検討・睡眠リズム 発症前の予防にも ラメルテオン0.5-1錠 夕食後</p>	<p>睡眠薬常用時 ベンゾジアゼピンを少量継続 例:ロラゼパム0.5~1T夕食or就前</p>	<p>アルコールせん妄 ハロペリドール等、(D2)の少量併用も検討 ジアゼパム2~5mg 夕食+頓用</p>
---	--	---

トラゾドン:レスリン®・デジレル® ミアンセリン:テトラミド® クエチアピン:セロクエル®
ラメルテオン:ロゼレム® ロラゼパム:ワイパックス® ジアゼパム:セルシン®・ホリゾン®

■第一選択(5HT_{2A, 2C})

(5HT_{2A, 2C})の作用を持つ薬剤がよいでしょう。とくに高齢入院患者への安全な睡眠薬の代替として、トラゾドン(レスリン®・デジレル®)などが推奨されます⁴。(5HT_{2C})にはBZ作動薬と違い深睡眠を増加させ、自然な睡眠に近づける作用が期待できます。せん妄を改善させる効果も報告されています⁵。

抗コリン作用が弱く、抗うつ剤としての副作用が少ないこと、依存性がないことから手軽に使用できる薬剤です。

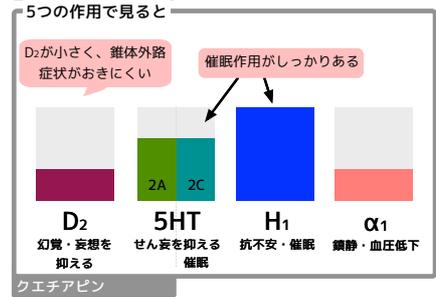
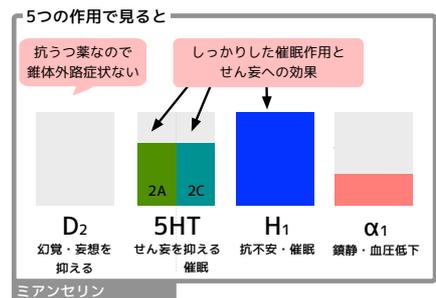
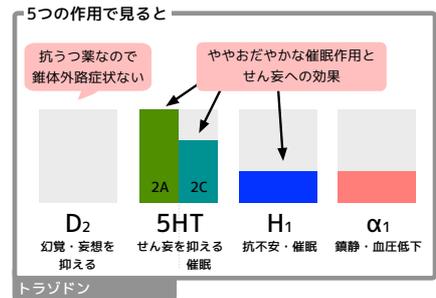
作用が穏やかなため、**眠れるまで追加使用することが大切**です。

■トラゾドン(レスリン®デジレル®)(25)0.5~4錠 夕食後 or 夕・眠前

睡眠薬の代替、ガイドラインでも推奨。副作用少ない

■第二選択(5HT_{2A, 2C}) + (H₁) ± (D₂)

抗ヒスタミン作用が強いミアンセリン(テトラミド®)・クエチアピン(セロクエル®)があります(トラゾドンの抗ヒスタミン作用は弱い)。一長一短で、ミアンセリンは長い作用時間が、クエチアピンは糖尿病での禁忌が欠点です。成書ではクエチアピンが第一選択とされることが多いですが、糖尿病ではないことを確認してから指示を出す方が安全なため、ここでは第二選択としてあります。ミアンセリンにもせん妄への効果が報告されています⁶。



せん妄に対応するための薬剤—夜間の薬剤：内服可能

■ミアンセリン(テトラミド®)(10mg) 0.5～3錠 夕食後 or 夕・眠前

抗ヒスタミン作用により睡眠えられやすい。やや作用時間が長い

■クエチアピン(セロクエル®)(12.5mg) 1～8錠 夕食後 or 夕・眠前

作用時間が8時間程度と睡眠薬として適切だが、糖尿病で禁忌

昼夜リズム改善のために

ラメルテオン(ロゼレム®)は睡眠リズムを改善させる一方で、薬効自体には催眠作用が乏しいことが特徴で、せん妄での昼夜リズムの改善やベンゾジアゼピン離脱などに用いられます。効果発現までに1～2週間が必要な場合があり、速効性が期待できません。しかし、せん妄の予防効果もある程度期待できるので、ハイリスク群には入院時点から投与を検討してください。1錠では眠気が遷延する場合があります、0.5錠が基本となります。

■ラメルテオン(ロゼレム®)(8mg) 0.5～1錠 夕食後

催眠作用はないが、日内リズム回復で自然な睡眠。

効果が十分発現するまで数日～1週間かかるため予防的な投与が望ましい。

新規睡眠改善薬

スボレキサント(ベルソムラ®)、レンボレキサント(デエビゴ®)は、いずれもオレキシン受容体競合阻害薬です。作用は類似していますが、添付文書上、スボレキサントはCYP3A4阻害薬との併用禁忌、レンボレキサントは併用注意との差異があります。しかしながら、CYP3A4阻害薬の影響をより強く受けるのは逆にレンボレキサントのほうで、少量剤形があるので禁忌指定を免れたにすぎない点は注意が必要です。スボレキサントのほうが有名ですが、日本の開始用量がFDAでの開始不許可の高用量であることにも注意が必要で、特に入院高齢患者では過量となりやすくなります。その点、レンボレキサントは少量剤形があるため使用しやすく、さらに一包化や粉碎もできます。悪夢の副作用はせん妄においてマイナスです。比較的即効性があり、有効率は5-6割となっています。

■レンボレキサント(デエビゴ®)(2.5mg) 1-2錠 夕食後

■スボレキサント(ベルソムラ®) 15mg 1錠 (10mgの使用が望ましい)

即効性があるが、5-6割の有効性。

CYP3A4との併用に注意。スボレキサントは常用量で過量の恐れあり。

せん妄に対応するための薬剤—日中の薬剤

ベンゾジアゼピン長期内服者・アルコールせん妄

急なベンゾジアゼピンの中止は離脱症状を引き起こすため、**数ヶ月以上睡眠薬を常用していたような場合には、減量しつつの継続することが無難**です。入院が必要となるような全身状態の際には、代謝の単純なロラゼパムやロルメタゼパムが使いやすく、処方例として取り上げています。（単にベンゾジアゼピンを離脱させるためには、長時間型の薬剤の方が望ましい場合もあります）。頻用されるゾルピデム（マイスリー®）は、異常行動の報告が多いため⁸このガイドでは推奨しません。また、近年はエスゾピクロン（ルネスタ®）が用量が最適化され高齢者に無難という意見もあります。

アルコールせん妄では、ベンゾジアゼピンが治療薬となるため、セルシンなどが使用されます。

■ロラゼパム(ワイパックス®)(0.5mg) 0.5～1錠 眠前

■ロルメタゼパム(ロラメット®)(1mg) 1～2錠 眠前

グルクロン酸抱合による代謝のため、肝障害でも比較的遷延しにくい

日中の薬剤

イライラ・興奮時

抑肝散 1P 頓用もしくは定期

※理想はイライラする前

甘草が含まれるため連用に注意

少量のトラゾドン 頓用もしくは定期
(眠気の出ない範囲で0.25Tなど)

幻覚・妄想時、低活動性せん妄

アリピプラゾール 1.5～3mg

内服困難時

ハロペリドール® 0.3ml

日中に使用する薬剤は、基本的に催眠作用が少ない薬剤を選択する必要があります。

■イライラ。興奮する場合

抑肝散は本人の使用感がよいことも多く、催眠作用がないために日中の“安定剤”として有用です。速効性があるために頓用でも使用できますが、夕方など決まった時間にイライラする場合には、その前（たとえば15時）に定期内服するのもよいでしょう。カンゾウが含まれるため、漫然と3分3のような投与は避けて下さい。

■抑肝散 1～3包/日 頓用・定期

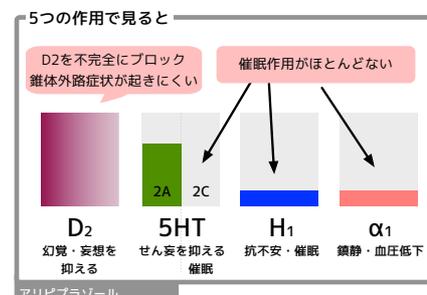
速効性あり使いやすい。眠くならない。カンゾウを含むため、浮腫/心不全に注意。

せん妄に対応するための薬剤—日中の薬剤

■幻覚・妄想がある場合

日中の幻覚・妄想を伴う場合には、(D2)の抗精神病薬が必要となります。アリピプラゾールはD2受容体を不完全にしか遮断せず、錐体外路症状が出にくい薬剤です。(H1)などの作用もないため、眠気もほとんど出ません。同様に、眠気の少ないロナセンも選択される場合があります。

■アリピプラゾール液(エビリファイ®)(3) 0.5~1包/日 頓用または朝



催眠作用少ない。日中の幻覚や不活発なときに

■その他の選択肢

これらでも対応困難な場合、エビデンスはありませんが、眠くならない範囲でのトラゾドンの少量投与(0.25~1T)が有効ことがあります。トラゾドンはもともと1日2~3分服の薬剤です。

また、バルプロ酸(200mg~400mg分2)などの抗けいれん薬は、古くから感情安定作用を期待して使用されることがあります。認知症などで、クロルプロマジンの少量投与(ウインタミン細粒®5mg、クロルプロマジン注®0.4ml)がさほど催眠作用がなく興奮抑制に有効な場合もあります。

■内服困難な場合

内服困難な場合は、選択肢はあまりなくハロペリドールの少量投与(0.3ml/日)となります。

これらでもコントロール困難な場合には、医療安全を保つ上で最小限の鎮静が必要になることがあります。医療チームで十分検討の上、夜間の薬剤を使用してください。

¹ Huf G, Alexander J, Allen MH, Raveendran NS. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. Cochrane Database Syst Rev. 2009 (3), CD005146, DOI: 10.1002/14651858.CD005146.pub2.

² せん妄の治療指針, 日本総合病院精神医学会 編, 星和書店, 2005

³ Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 2:CD004770.

⁴ 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005, 日本老年医学会 編, メヂカルビュー社, 2005

せん妄に対応するための薬剤一日中の薬剤

⁵ Okamoto Y, Matsuoka Y, Ssaki T, et al. Trazodone in the treatment of delirium. J Clin Psychopharmacol. 1999; 19:280-282

⁶ Uchiyama M, Tanaka K, Isse K, et al. Efficacy of mianserin on symptoms of delirium in the aged: an open trial study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1996(20), 651-656

⁷ Hatta K, et al. Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. JAMA Psychiatry 2014;71:397-403.

⁸ Inagaki T, et al. Adverse reactions to zolpidem: care reports and a review of the literature. Primary care companion J Clin Psychiatry, 2010; 12:PCC.09r00849

せん妄に対応するための薬剤－緊急対応

緊急対応

緊急対応：当ガイドでの推奨	
■身体抑制までは必要ない	ハロペリドール 0.5～1ml 皮下注または点滴静注
■身体抑制が必要	ハロペリドール 0.3～0.5ml +プロメタジン 0.3～0.5ml 皮下注または点滴静注 (超高齢者：プロメタジン→ヒドロキシジン25～50mg筋注または点滴静注)

せん妄を診断し対処方針を決定するまでの医療安全が保てない場合（例：周囲に暴力を振るう、ルート類を引き抜く、自傷の可能性が高い、休日夜間で緊急対応できるスタッフが限られているなど）、当面の安全確保のために初期鎮静が必要な場合があります。本人の同意を得ることが困難な状況で、強制的な介入となるため、**初期鎮静は必要最小限**でなければなりません。

当ガイドは、緊急対応においてのBZ作動薬は取り上げておりません。せん妄の可能性のある症例で緊急対応でのBZ作動薬は、せん妄を悪化させる可能性よりハロペリドールの大量使用のリスク（QT延長症候群・低血圧などの副作用）が大きい場合の選択肢となります。興奮状態では大量に必要な可能性や、全身状態低下の恐れがある場面での使用となるため、拮抗薬のフルマゼニル(アネキセート®)や気道確保の準備、医師の継続的監視下での使用が一般的に求められています。

当ガイドではハロペリドールの大量使用を行わないこと、BZ作動薬の緊急的な使用になれていない医師でも安全に使用できることを優先したため、あえてBZ作動薬での初期鎮静の記載を見送りました。ですの**でBZ作動薬の使用を禁止するものではありません**。状況に応じた適切な薬剤の選択をお願いします。

また、緊急対応でのハロペリドールは、単回投与を念頭に、鎮静作用がある程度期待出来る、広く使用されている用量を記載しています。しかし、この用量での連用は避けてください。

せん妄への対応方法

ここからは、対応やケアについてみていきます。

せん妄は苦しい体験

せん妄は、状況（どこにいるか、何をされているのか）が分からず、とても苦しくて不安な体験です。苦しい体験にある患者さんと、そのような状況の患者さんをみてつらく思う家族の気持ちに沿った対応を考えていきましょう。

せん妄に気づく

せん妄のスクリーニング：当ガイドでの推奨

普段と比べて何かがおかしい（家族、知人に尋ねる） (Single Question in Delirium(SQID))

例：不穏状態・自己抜去・昼夜逆転・落ち着かない・会話が少しおかしい・ぼんやりとしている

まずはこれが大切です。入院時に家族からこれまでの様子を伺っておくことは、夜にせん妄を発症したときにも有用です。

DSTもつってみよう

上記だけで「せん妄」とするのは不安かもしれません。その場合、Delirium Screening Tool(DST)*もつってみると良いでしょう。DSTはどんな項目を評価すればよいか明示してあるので、せん妄の理解にもつながります。*町田いづみほか：せん妄スクリーニング・ツール（DST）の作成。総合病院精神医学，15（2）：150-155，2003。

A項目をすべて評価します。

現実感覚 夢と現実の区別がつかなくなったり、ものを見間違えたりする。例えば、ゴミ箱がトイレに、寝具や点滴のビンが他のものに、さらに天井のシミが虫に見えたりするなど	活動性の低下 話しかけても反応しなかったり、会話や人とのやりとりが億劫そうに見えたり、視線を避けようとしたりする。一見すると「うつ状態」のように見える	興奮 ソワソワとして落ち着きがなかったり、不安な表情を示したりする。あるいは点滴を抜いてしまったり、興奮し暴力をふるったりする。時に鎮静処置を必要とすることがある	幻覚 幻覚がある。現実にはない声が聞こえる。実在しないものが見える。現実的にはありそうにない不快な味や臭いを訴える（口がいつも苦い、しぶい。嫌なおいがするなど）。「体に虫が這っている」などと言ったりする
気分の変動 涙もろかったり、怒りっぽかったり、焦りやすかったりする。あるいは、実際に泣いたり、怒ったりするなど感情が不安定である	睡眠-覚醒リズム 日中の居眠りと夜間の睡眠障害などにより、昼夜が逆転していたり、あるいは一日中頓眠状態にあり、話しかけてもウトウトしていたりする	妄想 最近新たに始まった妄想(誤った考えを固く信じている状態)がある。例えば「家族や看護スタッフがいじめる」「医者に殺される」など言ったりする	

B項目をすべて評価します。

見当識障害 見当識（時間・場所・人物などに関する認識）障害がある。例えば昼なのに夜に思ったり、病院にいるのに自分の家だと言うなど、自分がどこにいるかわからなくなったり、看護スタッフを「孫だ」と言う、身近な人の区別がつかなくなったりするなど	記憶障害 最近急激に始まった記憶障害がある。例えば、過去の出来事を思い出せない、さっき起こったこと忘れ
---	---

- 1) A項目について、該当するかをすべて評価します。
- 2) A項目の一つでも該当があったらB項目に進みます。
- 3) B項目に該当があったらC項目に進みます。

C項目をすべて評価します。

精神症状の発症パターン 現在ある精神症状は、数日から数週間前に急激に始まった。あるいは、急激に変化した	症状の変動 現在の精神症状は一日のうちでも出たり引っ込んだりする。例えば、昼頃は精神症状や問題行動なく過ごすが、夕方から夜間にかけて悪化するなど
---	--

- 4) C項目のいずれかに該当（=A、B、Cのそれぞれに一つ以上該当）があれば、せん妄の可能性が高いので、対応を開始しましょう！

要因を考える

要因を考える

ハイリスク群の同定		
70歳以上	認知症	睡眠薬の併用
重症患者	侵襲の高い治療(予定含む)	頭部疾患の既往
せん妄の既往	アルコール多飲	

夜間の指示の再確認

睡眠薬の単独使用は避ける
追加指示は病棟で実施可能？



次に考えるのは、どのような要因があるかです。もし入院時にハイリスクに該当すれば（一般的な病院では7割以上の患者さんがハイリスクです）、特に夜間の指示を再確認しましょう。せん妄は夜間に増悪することが多いため、日中のうちに準備しておくこと、夜勤の看護師が困らなくて済みます。

病態のチェック

せん妄には、必ず原因となる身体の病気があります。観察により、早期に病態の悪化の兆候を捉え、医師と対応を相談しましょう。

せん妄の原因となる病態		
■感染	■脱水	■低酸素血症
■臓器障害(脳,心,肝,腎...)	■代謝異常	■電解質(Na ⁺ ,Ca ⁺ ,Mg ⁺ ..)
■貧血	■ビタミン欠乏	■低栄養

- バイタル変化
- 尿所見（混濁・匂い）
- 水分摂取状況、皮膚/浮腫所見
- 検査データ



要因を考える

薬のチェック

薬もせん妄の原因・増悪因子となります。持参薬や他科からの薬剤などは、主治医・担当医も全ては把握できていないこともあります。看護師もダブルチェックで、このような薬を飲んでいないか確認しましょう。該当した場合、中止・減量できないか、医師／薬剤師と相談していきましょう。

せん妄の原因となる薬剤		
■睡眠薬	■H ₂ ブロッカー	■オピオイド
■ステロイド	■抗コリン薬	■抗ヒスタミン薬



症状の改善

苦痛症状は、せん妄（意識の落ちた状態）の脳に強い刺激を加えるため、脳が対処困難となって不穏につながります。全ての身体症状を見直し緩和することで、せん妄の不穏症状を和らげることができます。ケアだけでなく、指示（薬剤・処置）も重要となります。医師と相談していきましょう。

せん妄を悪化させる症状と対策		
■痛み・・・	十分な鎮痛薬投与	→疼痛指示の見直し
■呼吸苦・・・	呼吸状態check, 涼しく, 空気の流れ, 薬剤	→酸素・呼吸苦指示
■便意・尿意・	排泄状況check, 残尿, カテーテル閉塞	→便秘対策など
■不眠・・・	睡眠指示check, 夜間の巡回などの工夫	→不眠指示の見直し
■その他・・・	不快な症状の緩和に努める	→治療・症状緩和指示

ケアの工夫

せん妄の体験

変な物が
見える

どこか
分からない

人間の尊厳
特に排泄関係のトラブル

本人は怖い→安心できる環境・対応

せん妄は不安・怖い体験となります。せん妄での行動は、この不安、恐怖から逃れるための自然なものです。たとえば、「どこにいるか分からず、変な物（ルート類）につながれている。とにかく、ここから逃げなくては」といった具合です。つまり、せん妄の患者さんは「つじつまの合わない行動」をするのではなく、患者さんにとってはちゃんと理由がある、やむにやまれぬ行動を取っているのです。

原因の治療でせん妄が改善しますから、治療が安全に行えるためにも、安心できる環境づくりや対応をすることが、何よりも重要となります。

見当識を保つ工夫

- ・ カレンダー、時計を見やすく
- ・ 時間や場所をこまめに伝える
- ・ 予定に関する情報提供
- ・ 窓から景色が見えるように
- ・ メガネ・補聴器の準備



時間・場所が分からなくなることは、不安の大きな要因となります。せん妄状態では覚えておくことが困難な場合も多いため、訪室のたびに、「もうすぐお昼ですね」など、日付や時間をさりげなく伝えると良いでしょう。また「これから〇〇をしますね」「あとで検査がありますよ」などで、何が起るかわからない不安を解消します。

ケアの工夫

快適・安全な環境

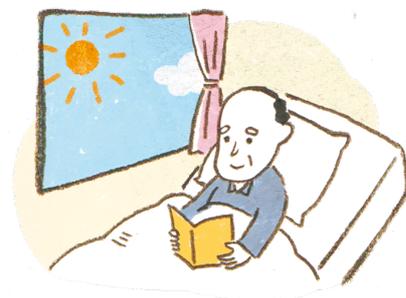
- ・ 必要性低いカテーテル抜去
- ・ ルートなどを見えにくく工夫
- ・ 最小限の身体抑制
センサーなども活用
- ・ アラーム音・環境雑音の調整
- ・ 危険物の除去



このような工夫で、不快に感じる要因を減らしていきましょう。不快でなければ「自己抜去」などのリスクも低下します。

生活リズムの改善

- ・ 昼は明るく、夜は薄暗く
(真っ暗は不安)
- ・ 坐位・リハビリ・散歩
- ・ テレビ・ラジオをつける
- ・ 24時間点滴の見直し
- ・ 巡回・処置の時間



昼夜

リズムを整えることも、せん妄の改善に役に立ちます。様々な工夫によって、普段の生活リズムに近づけましょう。ただ、体調がわるいのに無理に起こすことには効果がありません。「昼間起きていれば肺炎が治る」のではないので、状況によって日中も安静にしておくことが大切な場合もあります。

コミュニケーション

コミュニケーション：説得ではなく、傾聴・共感



否定されたり、説得されて「安心したなあ」と感じる人はいません。つい説明・説得したくなることも多ですが、まずは患者さんは何が不安なのか、何が怖いのかを聞いてみましょう。そこに対応のヒントが隠れています（症状がつらいのか、どこにいるのが分からないのが怖いのか、等）

認知症ではないので、せん妄の最中を覚えていることも多いのです。あしらったり、間違っているのに適当に話を合わせたりすることは、後々の信頼関係の悪化にもつながります。

安心を感じてもらおうコミュニケーションは、なにもせん妄の人に特有ではなく、どのような患者さんに対しても共通の要素です。

■会話例

看護師：駄目です、動かないでください！

患者：○▲・・・離せ！

何をされるか分からず、不安

看護師：どうされましたか、何かおこまりですか？

患者：だって、こんなところに閉じ込められて！

看護師：どこにいるか分からないと不安ですよ。ここは○○病院ですよ。

患者：ん？病院なのか…。

共感+穏やかな訂正

家族への対応

家族への対応



家族も怖い→安心できる環境・対応

患者本人おかしくなってしまうことは、家族にとっても不安で怖い、つらい体験となります。せん妄ケアは、本人の安心・安全な環境を作ることが目標ですが、家族が安心していられないと、本人の安心もえられません。

特に、夜間に監視役としての付き添いを依頼すると、「不安・怖い」状況のなかでより家族に強いプレッシャーを与えてしまい、家族の本人への対応もきつくなりがちです。また昼夜リズムを確保する点から、日中に本人が覚醒しているときに、「安心を作るために家族に協力してもらおう」という姿勢が大切です。治療のためにも、本人は夜は寝てすごせるようにするのは当然ですから（薬の使い方）、夜通しの付き添いで家族を疲弊させるのではなく、無理のない範囲

~~監視役としての付き添い~~

本人が安心できるために
可能な範囲で依頼

での日中の付き添いをお願いしましょう。

また、「気が狂った」「認知症ではない」を的確に伝えることは、家族にとって安心するための重要なポイントです。家族説明パンフレットも積極的に活用してください

まとめ

本人・家族にとって安心できる、快適な環境をつくる、症状を和らげる、これはせん妄に限らずどんな患者さんにも同じことです。なにか特殊なことが必要ではなく、当たり前のケアができれば大丈夫です。

実は特別ではない、せん妄ケア。普通のことが実践できればOK!