

⑧せん妄

はじめに

進行がんの多い緩和医療の領域では、不可逆的なせん妄も多い。しかし、終末期であっても約50%のケースで介入により改善可能であったとする報告もある¹⁾。特にオピオイドの変更や減量、不必要な向精神病薬の中止や脱水の補正などで改善出来ることがある。

またせん妄があると、点滴を自己抜去するなどの危険行動があることも多く、転倒転落のリスクも高まるため、医療安全上も重大な問題である。以前のようなコミュニケーションが出来なくなり、易怒的になることもあるため、家族にとっても大きなストレスになることが多い。

せん妄は以下の3つのタイプに分類される。

過活動型せん妄	不穏、焦燥や幻覚が強い。
低活動型せん妄	無気力に見えるが、よく聞くと幻視があったりする。
混合型せん妄	焦燥と無気力が混在。

評価

せん妄は何らかの身体的あるいは環境的な負荷が加わったことで急性の脳機能障害が起こるために生じる精神症状群である。**注意障害**および**意識障害**を認め、さらに**認知の障害**を伴う。これらが急性（**数時間から数日**）に生じ、1日のうちでも経過が変動することが多い。また睡眠覚醒リズムの乱れや情動の障害を認めることもせん妄であることを支持する。

より具体的な症状としては、注意を維持することができないため、会話や行動がまとまらなくなる。幻視、記憶障害、失見当識といった認知の障害。動作が遅くなる、行動量が減る、あるいは逆に落ち着かない、といった精神運動性の変化。昼夜逆転や夜間不眠、浅眠と断眠の連続、怒りやすい、涙もろい、といった状態がある。これらのいずれか一つでも認めたときにせん妄を疑う。

評価ツール

「家族から見ていつもの本人と様子が違いますか？」と聞いてみるのはスクリーニングに役立つ。

(Single Question In Delirium (SQID))

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) や Confusion Assessment Method (CAM)を利用することも、せん妄の診断や重症度評価に有用である。²⁾

※末尾に引用した MDAS、CAM を御参照下さい。

せん妄の準備因子、促進因子、直接因子

既往歴にある脳血管疾患や認知症、アルコール多飲歴などもせん妄のリスクを高める。このような中枢神経系の脆弱性を示唆する因子をせん妄の**準備因子**と呼ぶ。初診時や入院時に準備因子の有無を確認して、せん妄のハイリスク患者であることを把握しておきたい。

入院による環境変化や、不快な感覚刺激、身体的苦痛などがあるとせん妄を促進してしまう。これらをせん妄の**促進因子**と呼んでいる。身体症状（疼痛、悪心、口渇、**便秘**、**尿閉**、聴力障害、視力障害等）や環境因子（環境変化、暑い、寒い、まぶしい、点滴のラインが不快等）があるかどうか確認し、改善できるものであれば改善できるように工夫する。

せん妄そのものの原因となっている因子を**直接因子**と言う。身体所見、採血（肝機能、アンモニア、腎機能、Ca、Na、感染症、チアミン欠乏）、血液ガス（低酸素・高炭酸ガス血症・代謝性アシドーシス）、神経所見（必要があれば頭部 CT・MRI・脳波）と薬剤性（オピオイド、ベンゾジアゼピン系薬、ステロイド、抗コリン薬、H2 ブロッカー等）の要因がないかも確認する。頻度としては、オピオイド、脱水、代謝異常、呼吸器感染症や肺がんによる低酸素脳症、呼吸器以外の感染症、薬剤、血液学的異常、頭蓋内病変が多い。

せん妄に関わる因子の一覧

準備因子 早期にせん妄リスクを把握 ハイリスク患者には予防策	高齢、認知機能低下・認知症 中枢神経疾患の既往、せん妄の既往 疾患の重症度 手術、広範囲の照射、高リスクのがん薬物療法 アルコール多飲歴、薬物歴、など
促進因子 スクリーニングが重要 可能な限り、因子を排除する	身体症状： 便秘 、 尿閉 、疼痛、脱水、呼吸困難など 心理社会的ストレス：不安、つらさ、など 環境変化（入院、ICU 入室、明るさ、騒音） 不快な感覚刺激（暑い、眩しい、点滴のラインが不快など）
直接因子 せん妄そのものの原因	身体疾患の悪化、進行 薬剤：オピオイド、抗ヒスタミン薬、がん薬物療法、 ベンゾジアゼピン系（抗不安薬、睡眠導入薬など） 、ステロイド 治療侵襲：手術、放射線治療、I V R、など

緩和医療領域におけるせん妄の鑑別診断

① 認知症

せん妄と認知症は症状が似ているため時に鑑別が問題になるが、それぞれ特徴は以下のような。特に**発症様式**を確認することが鑑別に役立つ。ただし、認知症にせん妄が合併することもある。またせん妄でも Lewy 小体型認知症でも幻視があることが多いが、Lewy 小体型認知症では抗精神病薬に過敏性があることが多いため、その鑑別は大切である。

	せん妄	認知症
発症様式	急激（数時間から数日）	潜在性（数か月から数年）
初発症状	注意集中困難、意識障害	近時記憶障害
経過と持続	動揺性（数日から数週間）	慢性進行性
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	豊富・無秩序	貧困・不毛

② うつ

うつと低活動型せん妄の鑑別が困難なこともある。治療方針が異なってくるため、鑑別することは大切である。特徴を整理すると以下ようになる。

せん妄に特異的な特徴	せん妄とうつ、両方にみられる特徴
経過の動揺性	感情の変化
急性発症	睡眠障害
意識変容	活動性低下
身体的要因の存在	無感情
失見当識	焦燥
思考のまとまりのなさ	情報処理速度の低下
理解力低下	記憶障害

（ 3）より引用、一部改変）

せん妄の診断をする際の注意点

・疼痛とせん妄の見極め

緩和ケア領域では、疼痛を訴えるため鎮痛薬の調整を行っても変わらずに疼痛を訴え続けている患者に遭遇することがある。本当に痛いのかせん妄で痛いのが、分からなくなる。このまま疼痛の治療を強めるべきか、せん妄に対する治療を優先するべきか、両者のバランスを取るべきか悩むことがある。その患者の表情や疼痛が生じるタイミング、部位、性状、画像所見との整合性、レスキューに対する反応性、家族からの評価などを総合的に判断して対応することになる。

・倦怠感のベースにせん妄が隠れていることもある

だるい、疲れてテレビも見られないと話している患者が、実は低活動型せん妄の状態であることもある。今まで好きだったテレビを見られないというのは、注意力を保てなくなったサインであり、評価ツール（MDAS や CAM）を用いて、せん妄かどうか評価を行い、早期から対策を始めることが望ましい。

対処

原因治療が可能なきは治療する

感染症なら抗菌薬や抗ウイルス薬で治療する。オピオイドが原因と考えられるなら減量がスイッチ（モルヒネ→フェンタニルなど）を検討する。薬剤性であれば、原因となっている薬剤を中止、もしくは変更できないか検討する。

原因治療が不可能なとき

本人と家族の価値観を聞きながらケースバイケースで目標を考える。不穏な状態を見ているのが辛くて休んでほしいという家族もいるが、なるべく起きていて欲しいという家族もいる。

非薬物療法

近年、非薬物療法のエビデンスは強く、せん妄の罹患率を減らすのに有効である⁴⁾。

本人が安心して穏やかに過ごせるように**環境調整**を行う。家族等、本人にとって親しい人が付き添っていることで安心して過ごせることが多い。医療安全上も**付き添い**人がいることで本人の危険行動を事前に察知することにつながることも多い。家族の都合がつかないときは、家政婦を依頼する場合もある。また、本人の好きな音楽をかける、写真やぬいぐるみを置く、眼鏡をかけて視力改善する等々、病室で本人が心地よく過ごせるような工夫をする。

コミュニケーションへの支援、**家族ケア**を行う。家族には、せん妄とはどういうものか、その原因や予想される経過、精神状態の変動、対処方法について説明する。具体的には、終末期のがん患者では80%以上でせん妄がみられること、急性に発症し日内変動があることも多いこと、つじつまの合わない会話があっても無理に正そうとしないで穏やかに接してもらうほうが、本人も安心できることが多いこと、等々を伝える。家族がせん妄の理解を深めることで、驚きと不安が軽減され、本人と家族の関係性を保つことにつながり、精神的負担が緩和されることもある。

薬物療法

近年、緩和医療におけるせん妄に対する薬物療法のエビデンスは論争的であり、まず非薬物療法をしっかりと行うことが優先される。しかし、どうしても不穏が強く、鎮静作用をもつ薬剤での対症療法を考慮せざる得ないことも多々ある。具体的には、**少量の非定型抗精神病薬**を使用することが多い。抗精神病薬は大量に使用すると不整脈を励起するリスクがある。また悪性症候群のリスクもあるため、発熱や発汗、筋強剛を疑うときは採血を行いCKや白血球の増加がないか確認し診断と治療が遅れないように注意する。悪性症候群の詳しい診断、治療については成書に譲る。

せん妄のベースに軽度から中等度の意識変容があるが、ベンゾジアゼピン系薬剤はこの意識レベルをさらに低下させるため、せん妄を惹起あるいは悪化させることが多い。このため内服可能な患者ではベンゾジアゼピン系薬剤は使わない方がよい。ただし、長年ベンゾジアゼピン系薬剤を内服している患者では依存性、耐性が出来ていることも多く、急に中止すると離脱症状がみられることがある。

処方例

- ① クエチアピン錠 25 mg 1回 0.5~4錠 1日1回 内服 夕食後 or 就寝前
鎮静作用あり。糖尿病には禁忌。作用時間が短めなので昼夜のリズムを保つのに役立つ。
- ② オランザピン（ジプレキサ®） 2.5 mg 1回 1~2錠 1日1回 内服 夕食後 or 就寝前
糖尿病には禁忌。鎮静作用と制吐作用がある。
- ③ リスペリドン 錠 1 mg 1回 0.5-1錠 1日1~2回 内服 夕食後 or 就寝前
糖尿病には慎重投与。
- ④ アリピプラゾール（エビリファイ®）錠 3 mg 1回 1~4錠 1日1回 内服
アカシジアに注意。
- ⑤ ラメルテオン（ロゼレム®）錠 8 mg 1回 1錠 1日1回 就寝前
せん妄の発症率を下げる可能性あり。フルボキサミン（デプロメール®）との併用は禁忌。

内服出来ない場合

- ⑥ ハロペリドール（セレネース®）（2.5~5 mg）+生食 50mL div 30分~2時間かけて
錐体外路症状に注意。鎮静作用はそれ程強くない。

もう少し鎮静したいとき

- ⑦ ハロペリドール（セレネース®）（2.5~5 mg）+ヒドロキシジン（アタラックス P®） 25mg+
生食 50mL
div30分~4時間かけて。

どうしても不穏が強いときは、一時的な身体拘束を検討しながらも全身検索を行い可逆的な要因がないか検討する。対応困難な時は緩和ケアチーム・リエゾンチームに相談する。

緩和医療で使用する主な抗精神病薬一覧

一般名 (代表的な商品名)	Tmax (時間)	半減期 (時間)	効果時間 (時間)	用法 (回/日)
クエチアピン (セロクエル®)	2.6	3.5	5-13	1
オランザピン (ジプレキサ®)	4.8	28.5	20-35	1
リスペリドン (リスパダール®)	1	4	20-30	1-2
主代謝物 9-ヒドロキシリスペリドン	3	21		
アリピプラゾール (エビリファイ®)	3.6	61	40-70	1
ハロペリドール 内服	5.3-6	51-83	20-60	1-2
(セレネース®) 静注		14		1

※抗精神病薬は連日使用すると徐々に蓄積することもあるため、せん妄が改善した後に減量できないか検討する。

※作用時間については緩和医療領域での使用経験に基づく推定の時間である。

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

◆ 検者は患者の現時点での周囲とのやりとり、あるいは過去数時間にわたる患者の行動や体験に基づいて、以下に挙げるせん妄の重症度を評価する。

① 意識障害 現時点の周囲（検者、室内にいる他の人やもの）に対する覚醒度および周囲とのやりとりを評価する（例えば患者に周囲の状況を説明するように求めてみる）。

- 0 : なし 患者は言われなくても周囲の状況を十分に把握しており適切なやりとりができる。
- 1 : 軽度 患者は周囲の状況の内いくつか把握していない点がある。もしくは自然に検者と適切なやりとりができない。強い刺激を与えると完全に覚醒し、適切なやりとりができる。面接は長引くが、ひどく中断することはない。
- 2 : 中等度 患者は周囲の状況の内いくつかのことについてあるいは全く把握していない。もしくは自発的には検者と適切なやりとりができない。強い刺激を与えても完全には覚醒せず、適切なやりとりができない。面接は長引くが、ひどく中断することはない。
- 3 : 重度 患者は周囲の状況について全く把握しておらず、検者との自発的なやりとりもないし、検者に気づくこともなく、最大の刺激を与えても面接は困難ないし不可能である。

② 見当識障害

見当識に関する以下の10項目について質問する。

（年・月・日・曜日・季節・何階・病院の名称・区市町村・都道府県・地方）

- 0 : なし 正答9～10項目
- 1 : 軽度 正答7～8項目
- 2 : 中等度 正答5～6項目
- 3 : 重度 正答4項目以下

③ 短期記憶障害

検者は3つの単語（例えば「りんご・テーブル・明日」「空・タバコ・正義」）を一個ずつ言う。その後、患者に繰り返させ、別の課題を経て約5分後に再度復唱させる。

- 0 : なし 3単語の即時再生と遅延再生が可能
- 1 : 軽度 3単語の即時再生は可能だが、1単語だけ遅延再生が不可能
- 2 : 中等度 3単語の即時再生は可能だが、2～3単語の遅延再生が不可能

3 : 重度 1 単語以上の即時再生が不可能

④ 順唱、逆唱の障害

まず 3 数字の順唱、次に 4 数字、5 数字の順唱、続いて 3 数字、4 数字の逆唱を行う。ただし、
正答できた場合のみ次の段階に進む

こと（例えば「6 - 8 - 2」「3 - 5 - 2 - 9」「1 - 7 - 4 - 6 - 3」など）。

0 : なし 少なくとも 5 数字の順唱と 4 数字の逆唱が可能

1 : 軽度 少なくとも 5 数字の順唱と 3 数字の逆唱が可能

2 : 中等度 4 ~ 5 数字の順唱は可能だが、3 数字の逆唱は不可能

3 : 重度 3 数字の順唱のみ可能

⑤ 注意の集中と注意の転換の障害

患者の注意力が変動する・話の筋道がそれる・外部からの刺激により注意が散漫になる・課題に
夢中になりすぎる、などのために検者が質問を言い換えたり、何度も繰り返す必要があるかどうか
によって面接中に評価する。

0 : なし 上記のいずれも認められない。患者の注意の集中とその転換は正常である。

1 : 軽度 注意力の問題が 1 ~ 2 度生じるが面接が長引くことはない。

2 : 中等度 注意力の問題がしばしば生じ面接は長引くが、ひどく中断することはない。

3 : 重度 注意力の問題が常にあり面接は中断し、困難ないし不可能である。

⑥ 思考障害

まとまりのない、的外れな、支離滅裂な話、あるいは脱線した、迂遠な、誤った論法などによって面接
中に評価する。患者に多少複雑な質問をしてみる（例えば「あなたの体は今どういう状態なのか教
えて下さい」）。

0 : なし 患者の話は理路整然としておりまとまりがある。

1 : 軽度 患者の話についていくのがやや困難である。質問に対する答えはやや的外れであ
るが、面接が長引くほどではない。

2 : 中等度 解体した思考や話が明らかに存在し、面接は長引くが中断することはない。

3 : 重度 解体した思考や話のために、検査が非常に困難ないし不可能である。

⑦ 知覚障害

面接中、場にそぐわない行動から推測される誤解、錯覚、幻覚。患者自らが認める場合もある。過
去数時間ないし前回評価以後の期間において、看護者や家族の話、診療録よりうかがえるそれら

の症状も同様に評価する。

- 0 : なし 誤解、錯覚、幻覚は認めない。
- 1 : 軽度 睡眠に関連した誤認、錯覚、あるいは一過性の幻覚が時折出現するが、場にそぐわない行動は認めない。
- 2 : 中等度 幻覚、頻繁な錯覚が数回出現するが、場にそぐわない行動はわずかで、面接は中断されない。
- 3 : 重度 頻繁で激しい錯覚ないし幻覚があり、場にそぐわない行動が持続するため、面接は中断され、身体的ケアもひどく妨げられる。

⑧ 妄想

面接中、場にそぐわない行動から推測される妄想を評価する。患者自らが訴える場合もある。過去数時間ないし前回評価以後の期間において、看護者や家族の話、診療録からうかがえるこれらの症状も同様に評価する。

- 0 : なし 誤った解釈や妄想は認めない。
- 1 : 軽度 誤った解釈や疑念が認められるが、明らかな妄想観念や場にそぐわない行動は認めない。
- 2 : 中等度 患者自らが妄想を認める。場にそぐわない行動が妄想の証拠になることもある。ただし、妄想は面接の中断や身体的ケアの妨げになるほどではなく、その寸前にとどまる。
- 3 : 重度 持続的な激しい妄想を認め、その結果場にそぐわない行動につながったり、面接が中断されるか、身体的ケアが著しく妨げられる。

⑨ 精神運動抑制もしくは精神運動興奮

過去数時間にわたる活動性ならびに面接中の活動性について評価し、以下のいずれかに○印をつけること。 a : 低活動型 b : 過活動型 c : 混合型

- 0 : なし 正常な精神活動
- 1 : 軽度 抑制は動作がやや遅いことからかろうじて気づく程度。興奮はかろうじて気づく程度か、単にじっとしてられないように見えるのみ。
- 2 : 中等度 抑制が明らかに存在し、動作回数の著しい減少や動作の著しい遅延を認める（患者が自発的に動いたり話したりすることはほとんどない）。興奮が明らかに存在し、患者は絶えず動いている。抑制・興奮いずれにおいても結果的には検査に要する時間が長くなる。

- 3 : 重度 抑制は重度。患者は刺激なしには動くことも話すこともしない。緊張病像の場合もある。興奮は重度。患者は絶えず動き、刺激に対して過度に反応し、監視や抑制を必要とする。検査を完遂することは困難ないし不可能である。

⑩ 睡眠覚醒リズムの障害

適切な時間帯に入眠し、かつ覚醒していただけるかどうかを、面接中の直接観察、ならびに過去数時間ないし前回評価以後の期間における睡眠覚醒リズム障害についての看護者、家族、患者の話、診療録記載によって評価する。ただし朝方に評価する時だけは前夜の観察を参考にする。

- 0 : なし 夜間よく眠り、日中も覚醒を維持できる。
- 1 : 軽度 適切な睡眠・覚醒状態からの軽度の逸脱。夜間の入眠困難と一時的な中途覚醒があり、薬物を内服すれば睡眠は良好となる。日中には時々眠気がある程度、もしくは面接中傾眠ではあるが容易に完全覚醒できる。
- 2 : 中等度 適切な睡眠・覚醒状態からの中等度の逸脱。夜間、中途覚醒を繰り返し、再入眠しにくい。日中に長い居眠り状態が多い、もしくは面接中傾眠状態で強い刺激を与えないと完全覚醒しない。
- 3 : 重度 適切な睡眠・覚醒状態からの重度の逸脱。夜間は眠らず、日中はほとんど眠って過ごす。もしくは面接中いかなる刺激を与えても完全覚醒しない。

以上の合計が7点以上ならせん妄と診断して治療を開始する。5～6点くらいだと「せん妄のハイリスク患者」と認識できる。

Breitbart W et al. J Pain Symptom Manage 13:128-37, 1997

Matsuoka Y et al. Gen Hosp Psychiatry 23:36-40, 2001 より引用

The Confusion Assessment Method (CAM)

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？

例えば、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)

② 注意散漫 (Inattention)

患者さんは集中することが困難ですか？

例えば、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？

例えば、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する。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) (異常)

傾眠 (すぐに覚醒する) (異常)

昏迷 (覚醒困難) (異常)

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どちらが YES ⇒ せん妄と判断

参考文献

1)

Peter G. Lawlor, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: A prospective study. Arch Intern Med. 2000, vol. 160, p. 786-794.

2)

Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15;113(12):941-8

3)

Roisin O'Sullivan , et al. Delirium and depression: Inter-relationship and overlap in elderly peoplr: Lancet Psychiatry.2014 September ; vol.1(4), p.303-311

4)

Tammy T. Hshieh, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. JAMA Internal Medicine 2015, vol. 175, no. 4, p. 512-520.