

第42回緩和ケア勉強会 2012.11.13.

みんなが苦手な精神症状 せん妄

井上 真一郎

岡山大学病院 精神科神経科
精神科リエゾンチーム

本日の内容

- ① 当院におけるせん妄
- ② せん妄の症状
- ③ せん妄の評価ツール
- ④ せん妄の問題点
 - * 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)
 - * 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)
 - * 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)
- ⑤ せん妄における看護ケアの重要性
- ⑥ せん妄対策チームの紹介 →時間があれば

本日の内容

① 当院におけるせん妄

② せん妄の症状

③ せん妄の評価ツール

④ せん妄の問題点

* 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)

* 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)

* 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)

⑤ せん妄における看護ケアの重要性

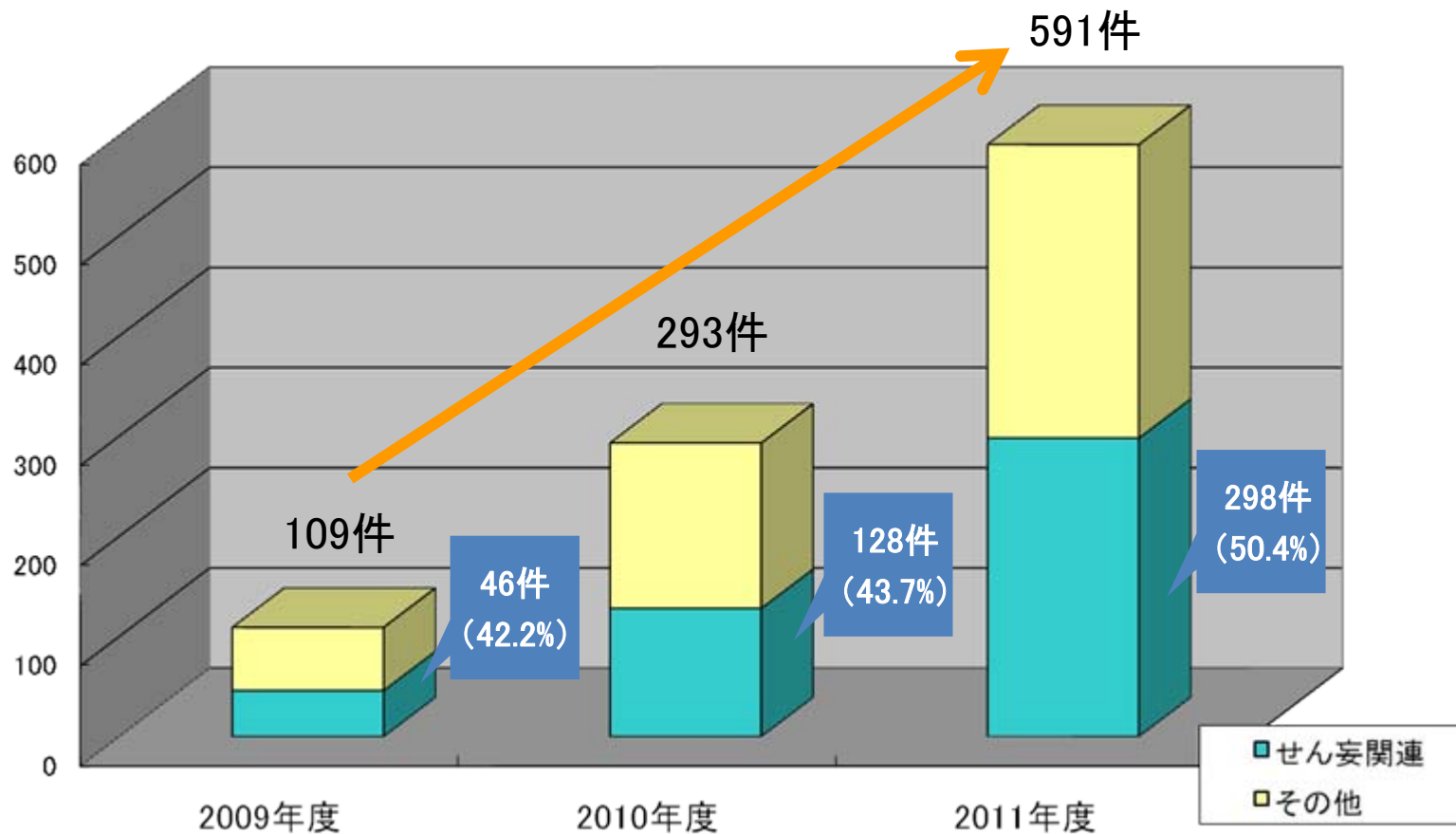
⑥ せん妄対策チームの紹介

岡山大学病院 精神科リエゾンチーム



精神科医・専門看護師・臨床心理士で構成
他科からのコンサルテーションに対応

当院における 年間コンサルト件数の推移



精神科リエゾンチーム
発足

当院におけるせん妄の背景

■ 術後せん妄

- ・年間手術件数 約9500件
- ・再建術や臓器移植など侵襲度の高い手術の増加
(手術全身麻酔件数 約4700件)
- ・高齢や重篤な基礎疾患を合併する患者への手術適応拡大
(重症入院患者の手術全身麻酔件数 約1700件)

■ がん患者におけるせん妄

- ・年間新入院がん患者数 約5900名
- ーがん拠点病院としての役割

■ 救急医療におけるせん妄

- ・緊急時間外手術件数 約500件
- ・多発外傷など、身体的に重症かつ急性期の患者の増加
- ー高度救命救急センターとしての役割

■ 重症疾患治療におけるせん妄

- ー先進医療の推進、研究機関としての役割



せん妄の問題点

- 危険行動による事故・自殺
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
- 予後悪化との関連
- 痛みなどの評価が困難
- 治療選択に関する意思決定能力の低下
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化
- 医療コストの増大 など

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

本日の内容

① 当院におけるせん妄

② **せん妄の症状**

③ せん妄の評価ツール

④ せん妄の問題点

* 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)

* 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)

* 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)

⑤ せん妄における看護ケアの重要性

⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄の症状とは

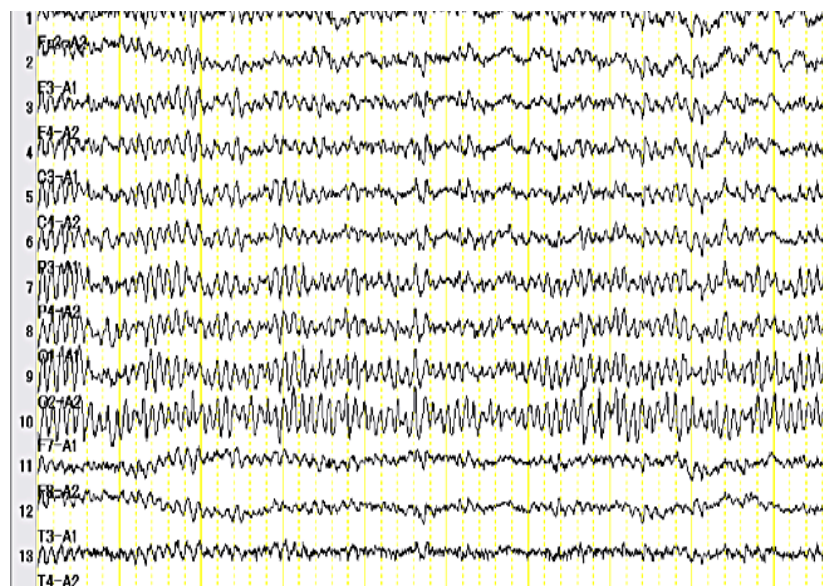


せん妄の診断基準

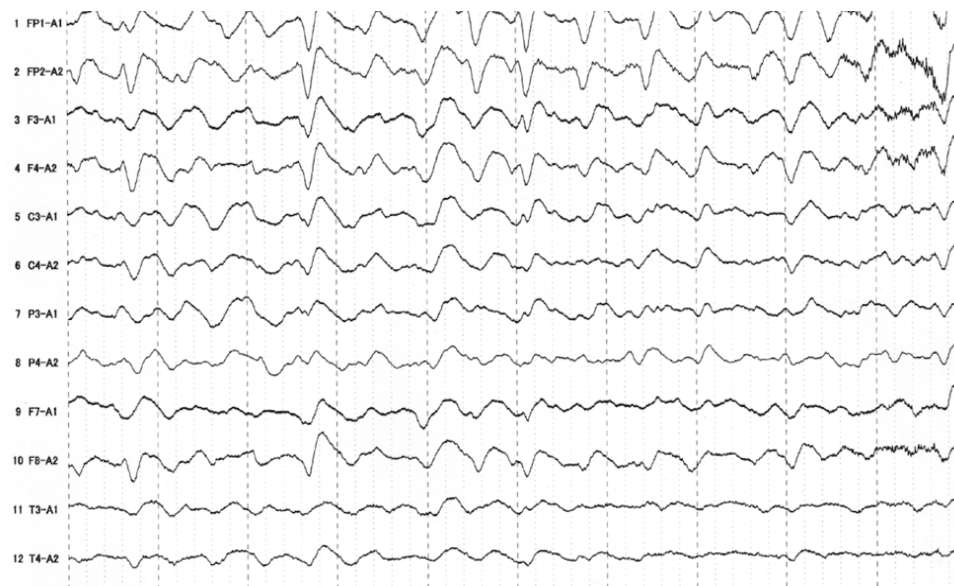
- A. 注意を集中し、維持し、他に転じる能力の低下を伴う意識の障害
- B. 認知の変化(記憶障害、失見当識など)、または認知症ではうまく説明されない知覚障害の発現.
- C. その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちで変動する傾向がある.
- D. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある.

APA. DSM-IV-TR, 2000 より一部改変

せん妄は、『意識障害』である！



正常脳波



せん妄脳波

せん妄は、『認知機能障害、注意力障害』がある！

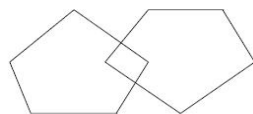
- 評価のしかた -

表. Mini-Mental State Examination (MMSE)

設 問	質 問 内 容	回 答	得 点
1 (5点)	今年は何年ですか	年	0 1
	今の季節は何ですか		0 1
	今日は何曜日ですか	曜日	0 1
	今日は何月何日ですか	月 日	0 1 0 1
2 (5点)	この病院の名前は何ですか	病院	0 1
	ここは何県ですか	県	0 1
	ここは何市ですか	市	0 1
	ここは何階ですか	階	0 1
3 (3点)	ここは何地方ですか	地方	0 1
	物品名3個(桜、猫、電車)		0 1
	《1秒間に1個ずつ言う。その後、被験者に繰り返させる。正答1個につき1点を与える。3個全て言うまで繰り返す(6回まで)》		2 3
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)。		0 1
			2 3
			4 5
5 (3点)	設問3で提示した物品名を再度復唱させる		0 1
			2 3
6 (2点)	(時計を見せながら) これは何ですか		0 1
	(鉛筆を見せながら) これは何ですか		0 1
7 (1点)	次の文章を繰り返す		0 1
	「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令)		
	「右手にこの紙を持ってください」		0 1
	「それを半分に折りたたんで下さい」		0 1
	「それを私に渡してください」		0 1
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従って下さい)		0 1
	「右手をあげなさい」		
10 (1点)	(何か文章を書いて下さい)		0 1
11 (1点)	(次の図形を書いて下さい)		0 1
得点合計			

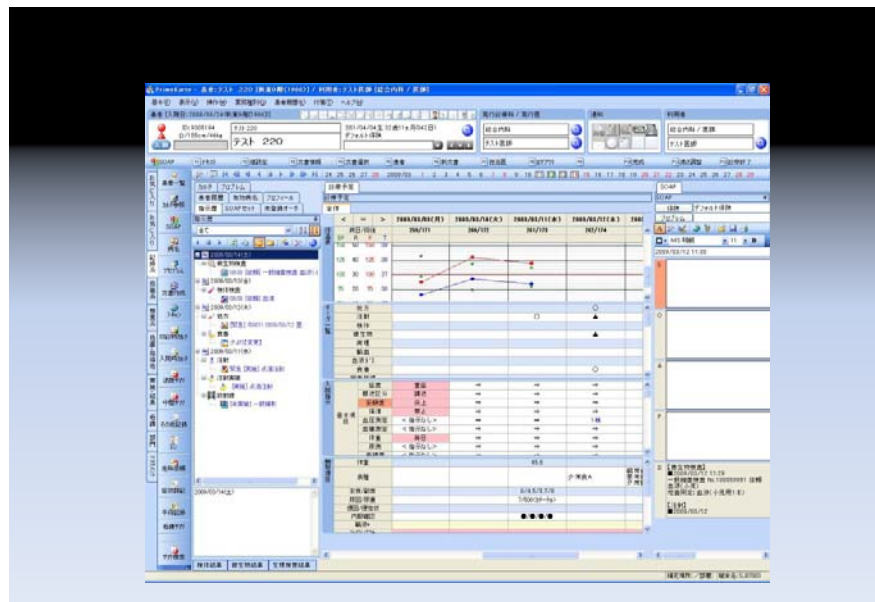
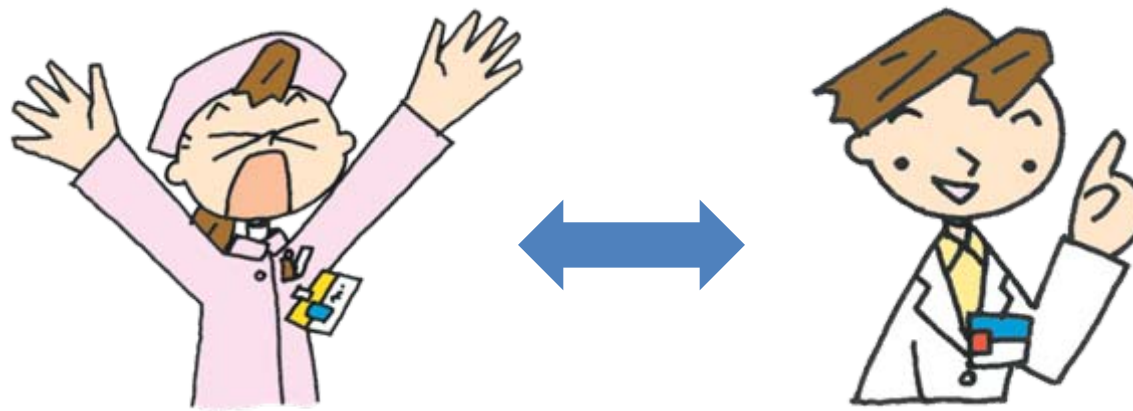
日にち・場所

記銘力
計算



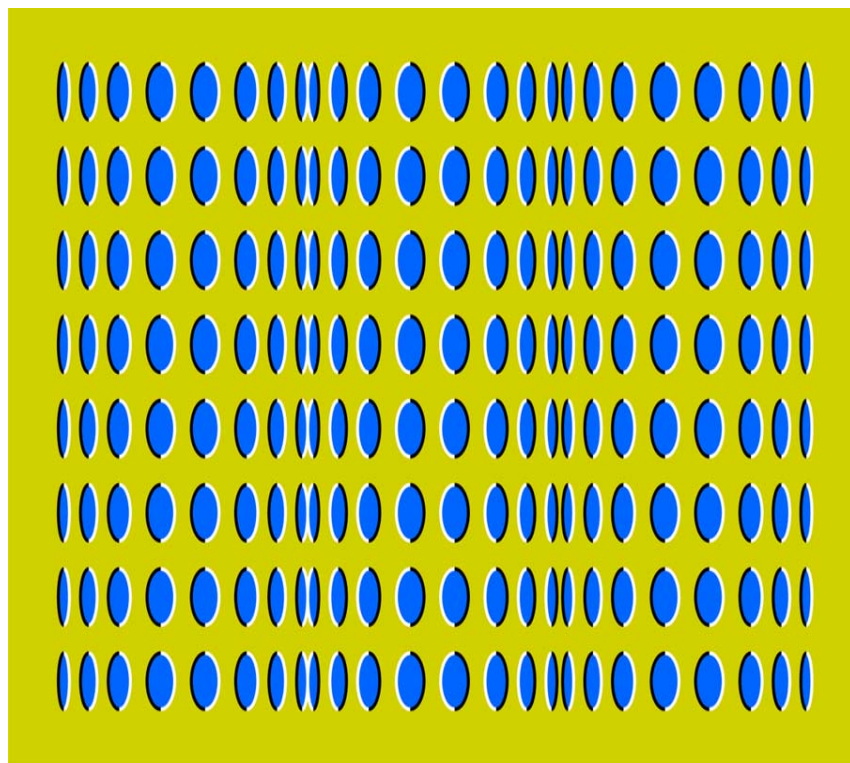
← (重なり合う五角形です)

せん妄は、『日内変動』がある！



せん妄は、『幻覚』を認めることがある！

せん妄は幻視、統合失調症は幻聴



本日の内容

- ① 当院におけるせん妄
- ② せん妄の症状
- ③ **せん妄の評価ツール**
- ④ せん妄の問題点
 - * 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)
 - * 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)
 - * 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)
- ⑤ せん妄における看護ケアの重要性
- ⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄の評価ツール

ツール	スクリーニング	診断	重症度評価
Confusion Assessment Method (CAM)	○		
Delirium Rating Scale R-98 (DRS-R-98)		○	○
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)			○
Delirium Screening Tool (DST)	○		
Single Question in Delirium (SQID)	○		

Single Question in Delirium (SQID)

- 海外で使われているツール
- なんと、ひとつの質問 (Single Question) でせん妄のスクリーニングができる！
- その質問は・・・

(directed to the patient`s relative, or friend)

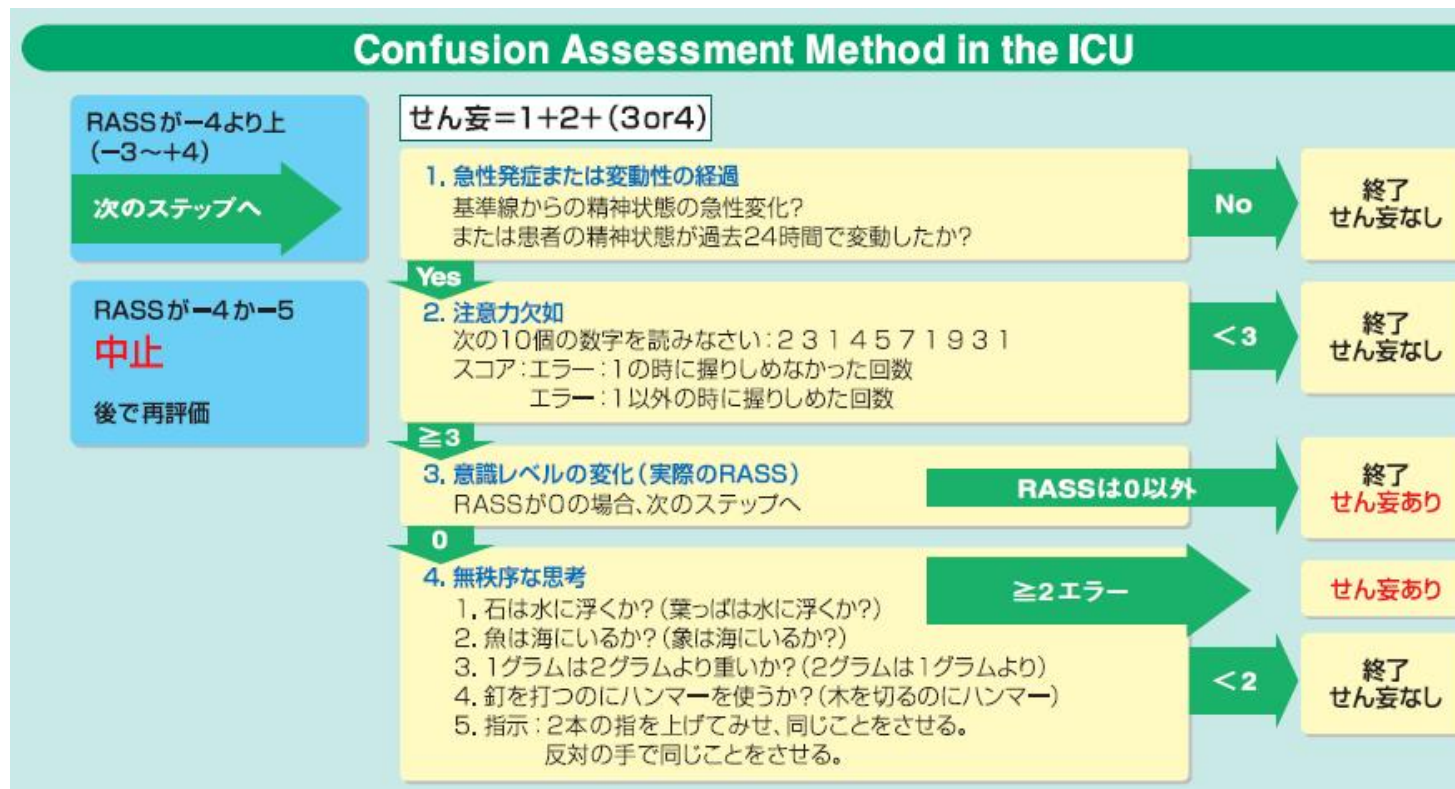
“Do you feel that (patient`s name) has been more confused lately?”

家族や友人に『●●さんは、いつもと違いますか？』と尋ねる

日本では妥当性など検証されていないが、その視点は重要！

(参考)CAM-ICU

The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit



◎挿管や気管切開で発声できない患者にも使用できる

◎アセスメントをしたその時のせん妄の有無を評価できる

◎評価にかかる時間が短い(慣れれば5分程度)

精神科医 せん妄患者の診察項目

- 睡眠
- 睡眠・覚醒リズム
- 見当識
- 幻視
- 注意力障害
- 危険行為
- 情動易変性

本日の内容

① 当院におけるせん妄

② せん妄の症状

③ せん妄の評価ツール

④ せん妄の問題点

* 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)

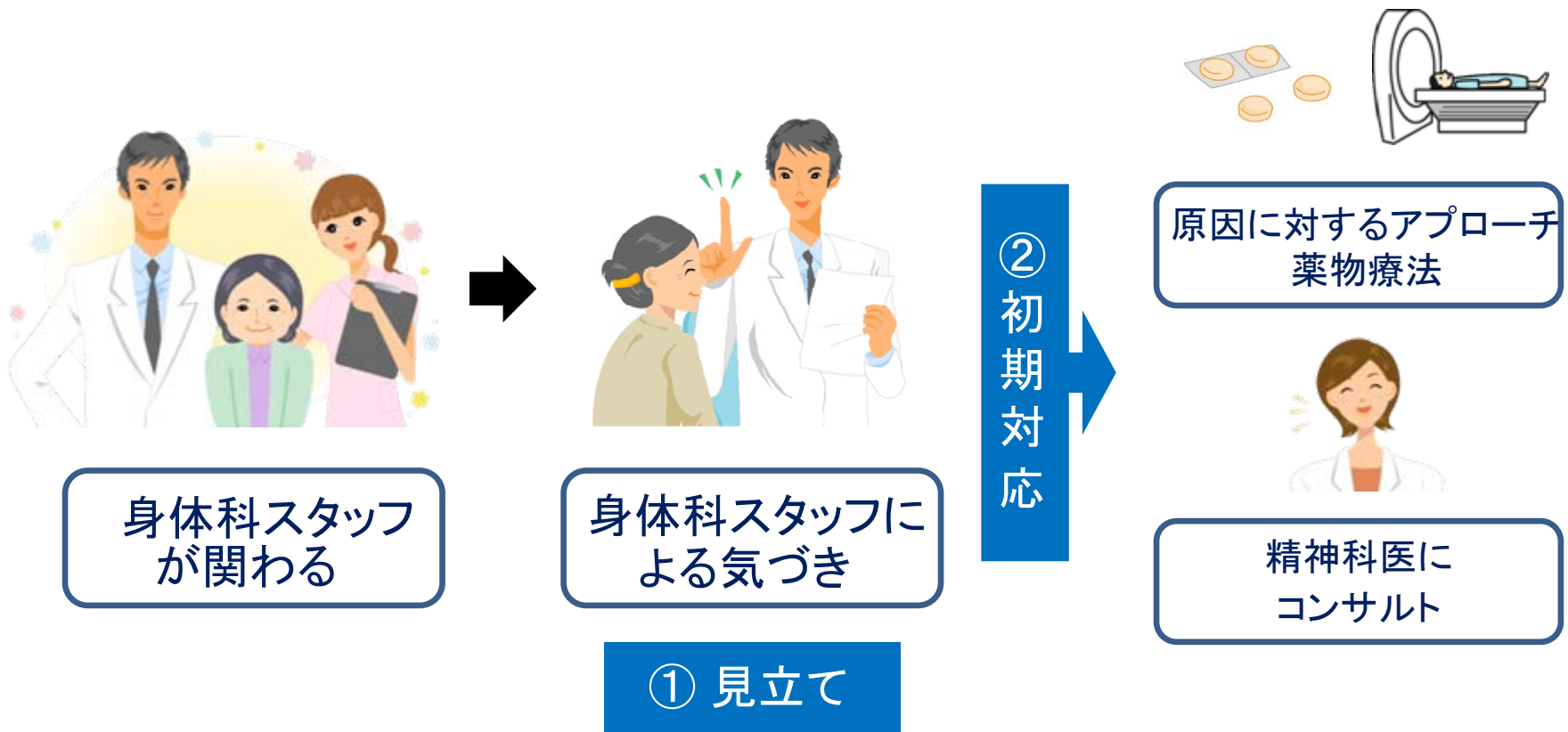
* 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)

* 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)

⑤ せん妄における看護ケアの重要性

⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄が疑われる患者の コンサルトの流れ



せん妄が疑われる患者の コンサルトの流れ



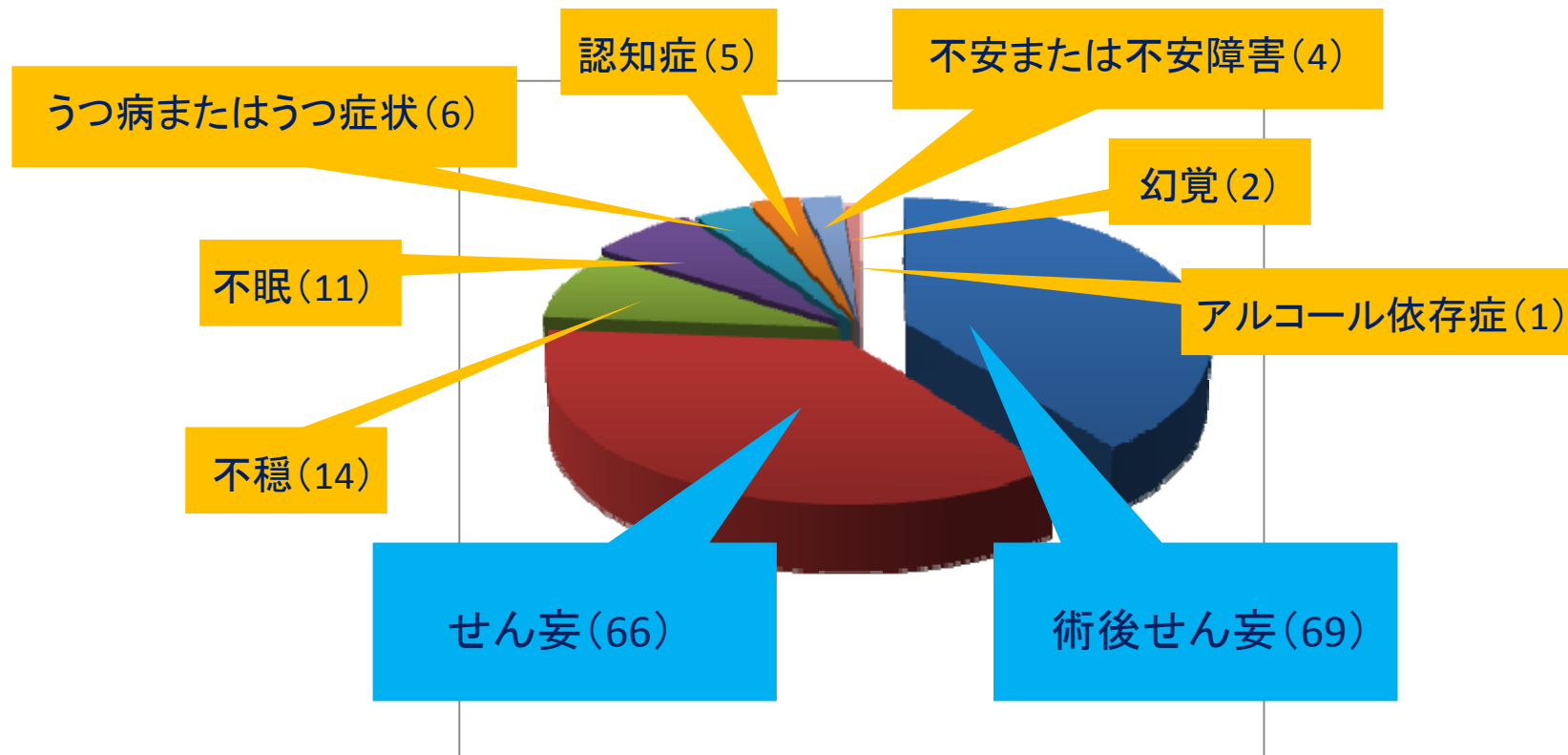
身体科スタッフ
が関わる



身体科スタッフに
よる気づき

① 見立てが間違う

精神科医がせん妄と診断した患者の 身体科医からの紹介病名と件数



精神科医がせん妄と診断した患者(178)

平成23年度 岡山大学病院 精神科リエゾンチームまとめ

考察

精神科医がせん妄と診断した患者のうち、43例(24.2%)は身体科医によってせん妄と診断されなかったか、もしくは誤った見立てであった。

このように、プライマリーの段階で誤診されるケースが決して少なくないのは、せん妄は記憶力障害、興奮、幻覚、活動性低下など種々の精神症状を呈するため、個々の症状のみで判断すると、睡眠障害・認知症・統合失調症・神経症・うつ病など、様々な疾患が鑑別に挙がってしまうためと考えられる。

考察(つづき)

よって、プライマリーにおいて、入院中の患者になんらかの精神症状を認めた場合、必ずせん妄を鑑別診断に挙げることが重要であると言える。

また、身体科医からのコンサルトについては、せん妄にも関わらず誤った見立てがなされているケースがあるため、精神科医はそのことを十分念頭に置き、慎重に評価を行う必要があると考えられる。

せん妄と鑑別を要する疾患について

せん妄の症状	同症状を呈する疾患
記銘力障害・見当識障害	認知症
幻覚・妄想	統合失調症・認知症（DLB）
易怒性亢進・興奮	統合失調症・認知症・ 人格障害・（性格）
不安・焦燥	不安障害
活動性低下	うつ病
執拗さ・こだわり	神経症・発達障害・（性格）

せん妄とうつ病の鑑別について

せん妄とうつ病の鑑別はしばしば困難であるとされており、その理由は低活動型せん妄とうつ病において類似する症状が非常に多いことである。

低活動型せん妄とうつ病に共通した症状
活動性低下
不眠または過眠
集中力低下、注意障害
不安
無関心

Nicholas LM & Lindsey BA. Psychosomatics, 1995より一部改変

低活動型せん妄はしばしば見逃される

対象別	研究数 (症例数)	低活動型	過活動型	混合型	なし
高齢者	14 (1595)	32% (13-46)	25% (10-81)	28% (12-52)	15% (0-31)
がん／HIV	11 (865)	51% (10-84)	31% (3-71)	15% (5-64)	3% (0-19)
コンサルテーション ーリエゾン依頼	6 (413)	15% (0-32)	59% (36-79)	26% (15-48)	—

低活動型せん妄と患者・家族の苦悩

- 入院中にせん妄を発症し、完全に回復したがん患者101名とその配偶者または介護者75名を対象として、せん妄に対する苦悩を調査した。
- 患者は低活動型せん妄であろうと、過活動型せん妄であろうと、その苦悩は全く同じであった。
- 配偶者または介護者は、患者が低活動型の場合には66%が激しい苦悩を、過活動型の場合は88%が激しい苦悩を感じ、両亜型の間に有意差がみられた。

せん妄のサブタイプの 具体的症状

過活動型 せん妄の症状	低活動型 せん妄の症状
不眠 落ち着きがない 早口で大声 易刺激性 闘争的 焦燥 暴言 放歌 哄(こう)笑 非協調性	多幸 怒り 徘徊 動転しやすい 速い運動反応 注意散漫 脱線思考 悪夢 思考の偏り
	無関心 注意減退 発語が少なく緩徐 不活発 動作緩慢 目がうつろ 無感動

低活動型せん妄の評価

Communication Capacity Scale (CCS)

患者が周囲の状況を理解し、自らの意思を適切に伝える能力について評価する。

- 患者に眠気の有無・程度を質問する
⇒覚醒水準は保たれているか
- 「今日、一番辛いことは何ですか？」(Open-ended question)
⇒回答に的外れがないか、長引いたり中断はないか
- 「今、痛みはありますか？」(Closed-ended question)
⇒回答が適切かどうか
- 患者が自発的に話す内容を評価する
⇒辻褄は合うか、意味のある言語表現ができるか
- 「お腹(胸、手)を見せて下さい」と指示する
⇒自発的な運動を観察し、目的が明瞭か評価する

ほかに
* orientation
* EEG

本日の内容

① 当院におけるせん妄

② せん妄の症状

③ せん妄の評価ツール

④ せん妄の問題点

* 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)

* 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)

* 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)

⑤ せん妄における看護ケアの重要性

⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄が疑われる患者の コンサルトの流れ

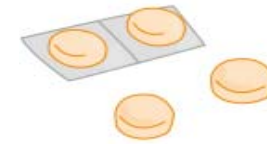


身体科スタッフ
が関わる



身体科スタッフに
よる気づき

② 誤った初期対応



薬物療法

不眠に対して
誤った薬剤投与
(BZなど)

薬剤性のせん妄は極めて多い！！

せん妄ハイリスク
患者



睡眠薬 など

- 薬剤選択の際に注意が必要
- いわゆる“約束指示”は注意が必要

がん医療における薬剤性せん妄

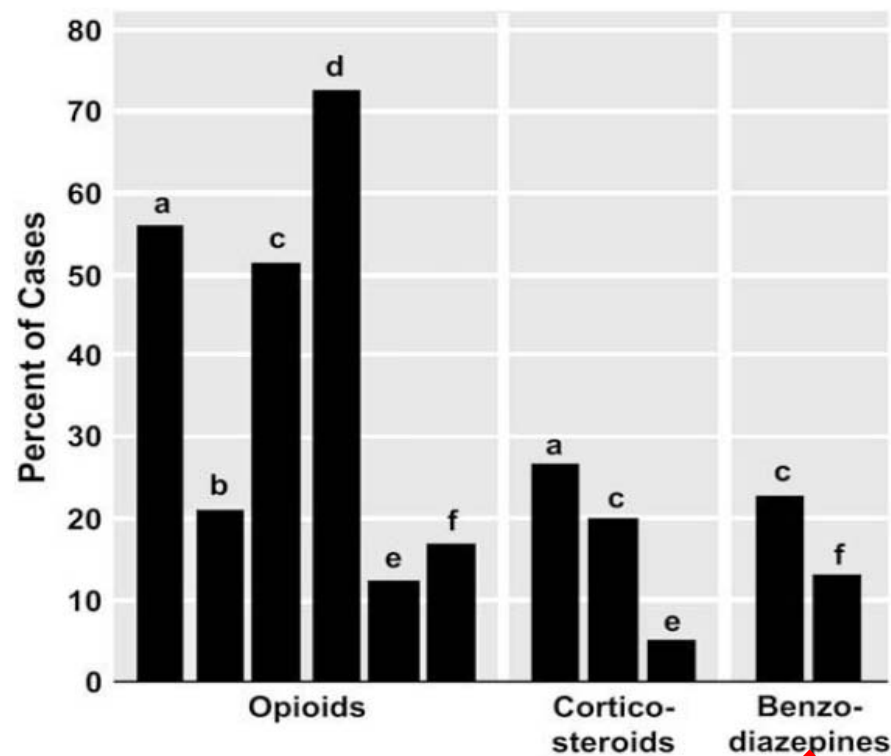


Fig. 2. Delirium cases potentially caused by opioids, corticosteroids and benzodiazepines in six case-series. ^aBreitbart and colleagues [78], ^bMorita and colleagues [80], ^cTuma and DeAngelis [79], ^dLawlor and colleagues [21], ^eOlofsson and colleagues [81], ^fFrancis and colleagues [19]. (From Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, et al. Association between psychotogenic medications and delirium in hospitalized patients: a critical review. Psychosomatics 2005;46(4):304; with permission.)

一般のせん妄に 睡眠導入薬(BZ、非BZ)を使わない理由

■BZ系薬剤:例)レンドルミン・サイレースなど

■非BZ系薬剤:例)マイスリー・アモバンなど

・BZ受容体にはサブタイプがあり、 $\omega 1 \cdot 2$ が重要。

〔 $\omega 1$ (中枢):鎮静・睡眠作用

$\omega 2$ (中枢):抗痙攣作用・抗不安作用・

筋弛緩作用・**記憶障害誘発作用**

・また、**抗コリン作用**を有する。

→よって、**せん妄を惹起するため、使用に注意!**

・BZ系・非BZ系薬剤は構造上の分類であり、機能性は大きくは変わらない

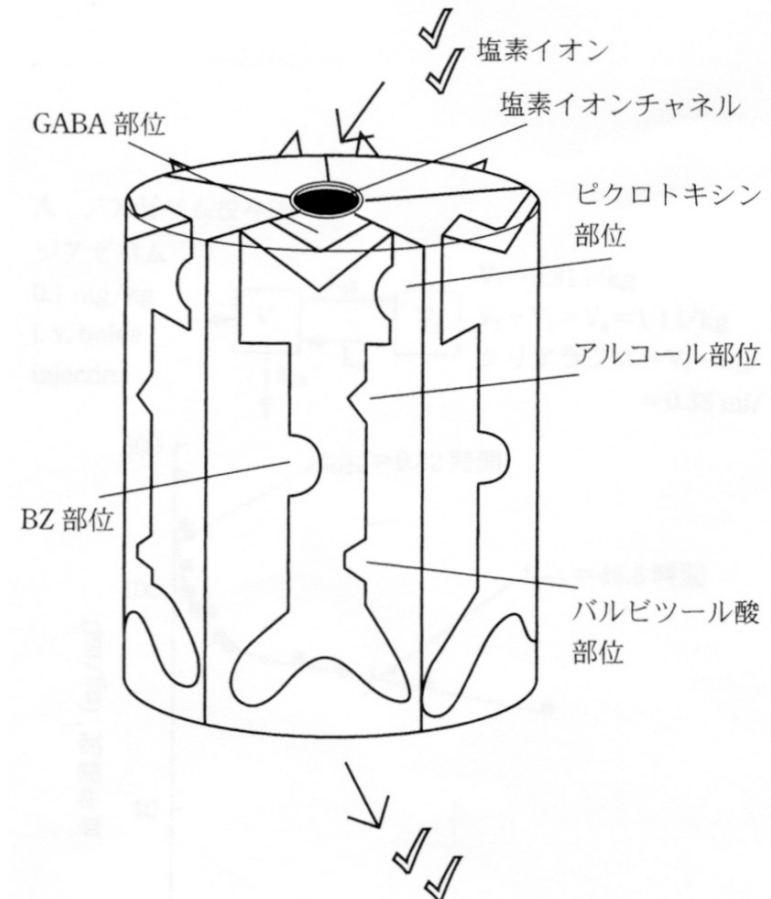
→いずれも『**ベンゾジアゼピン受容体作動薬**』であり、**せん妄を惹起すると考える!**

・BZ受容体 $\equiv$ アルコール結合部位。

→**アルコール離脱症状(せん妄含む)の治療!**

【GABA受容体複合体】

・GABAは抑制性神経伝達物質である。



せん妄の発症因子

ー 準備因子についてー

介入の“めやす”



せん妄ハイリスク

せん妄ハイリスク患者には睡眠薬は出さない！

高齢
認知機能低下
中枢性疾患の既往
(脳血管障害など)
疾患の重症度
侵襲の大きい手術前

便秘・尿閉・疼痛
心理・社会的ストレス
環境変化(入院)
感覚遮断・過剰(ICU)

身体疾患
薬剤
手術



準備因子

促進因子

直接因子

起こりやすくする

促進・遷延化させる

引き金になる

せん妄の(正しい)薬物療法

＜薬剤の使い分け＞

まずは、**内服**(鼻注含めて)でいくか**注射**でいくかを決定

＜注射と判断せざるをえない時＞

- 絶飲食や嚥下困難強い場合
- 拒否/拒薬傾向の場合
- 即効性が要求される場合

注射の場合①

◎ ハロペリドール(セレネース) 静注or筋注

- ・鎮静効果はあまり強くないがせん妄にはfirst choice!!
- ・高齢でもせん妄のPtはセレネースに強いため、一晩で3A使うことも稀でない。
- ・呼吸抑制はまず心配ないので使いやすい。
- ・重篤な心疾患は要注意とはされている(QTc延長)。*ただし、35mg(7A)/日までの静脈内投与ではTorsade de pointesとの関連は稀(Sharma ND)
- ・ルートがあるのならば、副作用が少なく即効性もあるためできれば静注がbest。
 - ☆即効性>持続性→セレネース1A+生食20mlを側管より静注(ワンショット)
 - ☆即効性<持続性→セレネース1A+生食100ccを点滴静注
- ・パーキンソニズム/悪性症候群等に注意
- ・アキネトンはせん妄の悪化につながるため併用しない。

注射の場合②

△ フルニトラゼパム(サイレース・ロヒプノール) 静注

- ・ベンゾジアゼピン系薬剤は基本的にはせん妄の悪化につながると考える。
⇒単独使用を支持するエビデンスは少ない。
- ・ただし、セレネース増量するも効果乏しい際は以下も考慮する。
☆サイレース1/4A+生食100ccの点滴静注 入眠まで付き添いのうえ滴下。
ただし呼吸抑制に注意しパルスオキシメーターにてSpO₂測定。
アンビューも念のため準備のこと。 アネキセートの使用も有効。

△ レボメプロマジン(ヒルナミン) 筋注

- ・他剤との併用もOK。副作用として血圧低下/過鎮静等。

△～× ヒドロキシジン(アトラックスP) 静注or筋注

- ・鎮静効果はかなりmildなため、軽度なせん妄や超高齢者、重篤な身体疾患のPt、意識レベルが不安定なPtくらいが適応か。
- ・抗ヒスタミン作用のため、むしろせん妄を惹起することがある。

内服の場合①

＜内服可能で興奮を伴わない場合＞・・・ベッド上ゴソゴソ・多弁

- ◎ **トラゾドン(レスリン・デジレル)** (25mg～150mg)
- ◎ **ミアンセリン(テトラミド)** (10mg～60mg)

- ・2剤ともに抗うつ効果＜入眠効果。いずれもmildな鎮静効果で似たようなもの。
- ・用量に幅があるため、トラゾドンのほうがやや使いやすい。
- ・半減期の長さは、トラゾドン＜テトラミド。
- ・効果が乏しければ抗精神病薬にスイッチングする。
- ・せん妄ハイリスク患者の不眠に対して用いる。

内服の場合②

<内服可能で興奮を伴う場合>・・・ベッド柵を乗り越え徘徊・易怒的で暴力行為出現

◎ **リスペリドン(リスパダール)**(錠剤・液剤 0.5mg～3mg)

- ・パーキンソニズムは比較的少なく、抗幻覚妄想効果＞鎮静効果。
- ・液剤は嚥下困難なPtでもOK。また、拒否傾向強いPtには水に混入して勧められるという利点もあり、また即効性も期待できる(立ち上がり早い)。
- ・腎機能障害患者には使用に注意。

◎ **クエチアピン(セロクエル)**(25mg～150mg)

- ・パーキンソニズムが非常に少なく、適度な鎮静効果あり。また用量に幅があるため使いやすい。ただしDMには禁忌。

○ **ハロペリドール(セレネース)**(0.5mg～3mg)

- ・パーキンソニズムは比較の出やすく、抗幻覚妄想効果＞鎮静効果。
- ・エビデンス充分あるが、現在の臨床場面ではfirst choiceではない。

△ **レボメプロマジン(ヒルナミン)/クロルプロマジン(コントミン)**(5mg～75mg)

- ・血圧低下・過鎮静に注意が必要だが、確実にsedationはかかる。

△ **チアプリド(グラマリール)**(25mg～50mg)

- ・唯一せん妄に対し保険適応のある薬剤。現在の臨床場面ではあまり使われない。

せん妄の薬物療法(まとめ)

【注射薬】・・・絶飲食・拒薬傾向・即効性が要求される など

◎ ハロペリドール(セレネース) (1/4A～3A) 静注or筋注

- ・ルートがある場合は、副作用が少なく即効性もあるためできれば静注がbest。
- ☆即効性>持続性→セレネース1A+生食20mlを側管より静注(ワンショット)
- ☆即効性<持続性→セレネース1A+生食100ccを点滴静注 * 時にサイレースとの併用
- ・パーキンソニズム・悪性症候群・QT延長等の副作用に注意。

【内服薬】

＜興奮を伴わない場合＞・・・ベッド上ゴソゴソ・多弁 など

◎トラゾドン(レスリン・デジレル) (25mg～150mg)

◎ミアンセリン(テトラミド) (10mg～60mg)

- ・2剤ともに抗うつ効果<入眠効果。いずれもmildな鎮静効果。半減期はややテトラミドのほうが長い。

＜興奮を伴う場合＞・・・ベッド柵を乗り越える・易怒的・暴力行為 など

◎リスペリドン(リスパダール)(錠剤・液剤 0.5mg～3mg)

- ・パーキンソニズムは比較的少なく、抗幻覚妄想効果>鎮静効果。
- ・液剤は効果が速やかで、拒否傾向強い患者には水に混入して勧めることができる。

◎クエチアピン(セロクエル)(25mg～150mg)

- ・パーキンソニズムが非常に少なく適度な鎮静効果あり。用量に幅があるため使いやすい。
- ・DMIには禁忌。

せん妄ハイリスク患者の
不眠に有効

薬剤使用のコツ

- ◎ 薬剤投与は眠前ではなく夕食後とするほうが翌日の持ち越し効果が少ない。
また、そのほうが不眠時・不穏時指示等も早い時間に使える。
- ◎ 不眠時・不穏時指示は、既に投与した薬剤を追加する指示のほうが多剤にならず、またその効果もわかりやすい。
ex.)夕食後にリスパダール0.5cc(0.5mg) 不眠時はリスパダール0.5cc追加投与 計3回まで追加OK
- ◎ 高齢者の場合は最初の薬物投与量は少量にして数日間様子を見るのが better。投与開始翌日に過鎮静の際は『本日はdrug freeにし、不眠・不穏時から指示スタート』等と看護師に指示するのもよい。

せん妄の薬物療法：追記

- ◎ 基本的に保健適応外の薬剤を用いるため、薬剤使用に当たっては副作用等に十分注意をする。

★厚労省－医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱いについて－（H23.9.）

『ハロペリドール・クエチアピン・リスペリドン・ペロスピロンを「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』

- ◎ 副作用について十分知っておく。

★FDA勧告（2005年）

『高齢者の認知症患者の行動障害に対して非定型抗精神病薬による治療を受けた患者は死亡リスクが上昇する(プラセボ投与群と比較して1.6-1.7倍)』

- ◎ 可能な限り患者だけでなく家族にも詳細に説明を行い、必要に応じて文書を用いる。

せん妄の薬物療法において BZ受容体作動薬を使うケース

- ① 長期にわたり使用しているBZ受容体作動薬
- ② セレネースやリスパダールにて、一定の効果はあるものの鎮静がかかからない場合
- ③ アルコール離脱せん妄

アルコール離脱せん妄について

アルコール離脱症状には自律神経症状のみならず、けいれんやせん妄など多彩な身体症状・精神症状があり、場合によっては生命に危険が及ぶこともある。

アルコール離脱せん妄の薬物療法においては、**通常のせん妄とアプローチが異なる。**

アルコール離脱せん妄について 入院時スクリーニング

◎ アルコール離脱せん妄のハイリスク患者を同定することが重要！！

－入院時確認項目－

① 飲酒歴：

連続飲酒があるかどうか、一日飲酒量、最終飲酒日を確認する

② アルコール離脱症状の既往：

過去の入院中にアルコール離脱症状があったかどうかを確認する

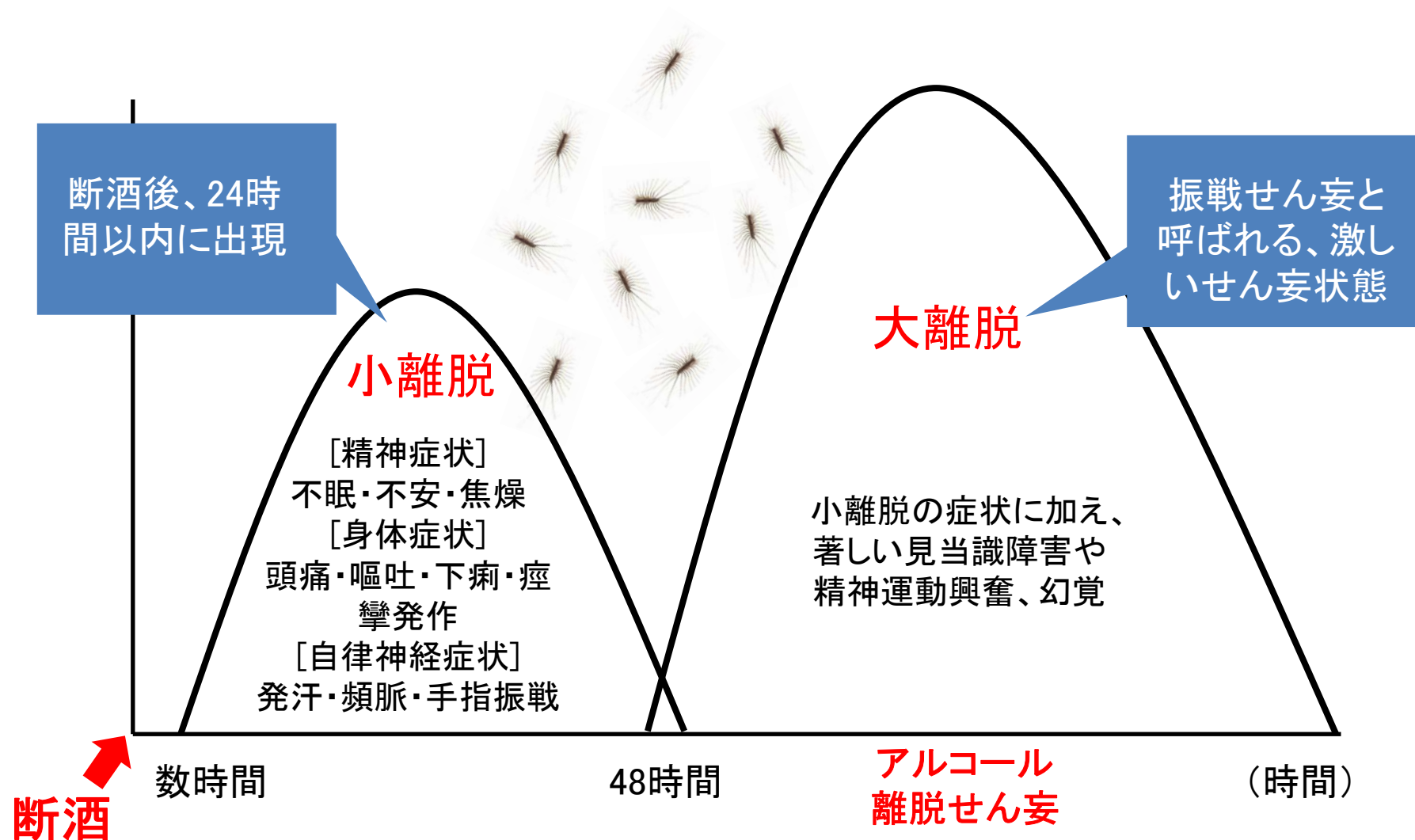
③ 身体疾患：

肝疾患、膵炎など、アルコール関連疾患の既往があれば要注意

* いずれも、患者本人だけでなく、家族からの客観的情報を重視する

アルコール離脱症状と出現時期

小離脱・大離脱



アルコール離脱せん妄について 治療について

- ◎ アルコール離脱せん妄ハイリスクの患者と考えられる場合、予防的に治療を開始する。
- ◎ アルコール離脱せん妄ハイリスクを見逃したとしても、小離脱症状を認めた場合はただちに治療を開始する。

－離脱症状の治療－

* ビタミンB群の投与や十分な輸液を行いながら、以下の投与について検討する。

■ 内服可能な場合

ジアゼパム15mg-30mg／日 分3 毎食後

<肝機能障害が著明な場合>

ロラゼパム1.5mg-3mg／日 分3 毎食後

* 直接グルクロン酸抱合を受けるため肝臓への負担が少ない

■ 内服不可能な場合

ジアゼパム1A(10mg)-3A(30mg)／日 筋注

* 幻覚・妄想等が活発な際には、リスペリドン内服(0.5mg-3mg／日)またはハロペリドール注射(0.5A(2.5mg)-3A(15mg)／日)を考慮する。

本日の内容

- ① 当院におけるせん妄
- ② せん妄の症状
- ③ せん妄の評価ツール
- ④ **せん妄の問題点**
 - * 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)
 - * 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)
 - * 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)
- ⑤ せん妄における看護ケアの重要性
- ⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄が疑われる患者の コンサルトの流れ



身体科スタッフ
が関わる



身体科スタッフに
よる気づき

② 誤った初期対応



経過観察



原因に対するアプローチ

見逃し

原因に対するアプローチがおろそかになる！！



- 不穏・幻覚など、表現型は“精神症状”
- 実際には「原因に対するアプローチ」と「薬物療法」の2本立て

せん妄の発症因子

ー 直接因子について ー

(介入の“めやす”)

せん妄ハイリスク

高齢
認知機能低下
中枢性疾患の既往
(脳血管障害など)
疾患の重症度
侵襲の大きい手術前

便秘・尿閉・疼痛
心理・社会的ストレス
環境変化(入院)
感覚遮断・過剰(ICU)

積極的に治療する！

身体疾患
薬剤
手術



せん妄発症

準備因子

促進因子

直接因子

起こりやすくする

促進・遷延化させる

引き金になる

がん患者におけるせん妄の原因

中枢神経系への直接的侵襲

脳転移、脳炎、髄膜炎

臓器不全による代謝性脳症

肝・腎機能障害、呼吸不全

電解質異常

Ca、Na等の異常

薬剤性

モルヒネ、ステロイド、
抗うつ薬、睡眠薬など

感染症

肺炎など

血液学的異常

貧血

栄養障害

全身性栄養障害（悪液質）

腫瘍随伴症候群

ホルモン産性腫瘍

* 終末期では多要因であることが多い

せん妄の可逆性・不可逆性の 見積もり

回復可能	回復困難
脱水	肝不全
感染	腎不全
高カルシウム血症	低酸素血症
薬剤性 など	頭蓋内病変 など

* 進行・終末期であっても、49%は改善可能

* 日本緩和医療学会『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』

せん妄の回復可能性とケアのゴール

- ・ 回復困難であれば苦痛緩和を優先
- ・ 患者・家族の意向を把握して判断

	回復可能	回復困難
典型的な原因	電解質異常、薬物 貧血、炎症反応	臓器不全、脳転移
ケアのゴール	せん妄からの回復	せん妄症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬を用い、ベンゾ ジアゼピンは最小限使用	適宜ベンゾジアゼピンの 併用を行う
ケアの内容	・見当識障害の回復 ・生活リズムの補正 ・家族のケア	・不穏症状の緩和 ・睡眠確保 ・家族のケア

不穏が強く、せん妄の症状コントロールが 困難な際の対処について

	メリット	デメリット
薬物療法	エビデンスが高い 鎮静は可能	副作用のリスク 患者・家族の抵抗感
付き添い	侵襲がない 安心感	家族の負担 継続可能性
抑制/拘束	転倒、暴力、点滴抜去などを 防ぐ	せん妄増悪の可能性 本人の精神的負担 静脈血栓、骨折などのリスク

■ オプションを提示し、家族とそれぞれのメリット・デメリットについて
相談しながら決定してゆく

本日の内容

- ① 当院におけるせん妄
- ② せん妄の症状
- ③ せん妄の評価ツール
- ④ せん妄の問題点
 - * 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)
 - * 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)
 - * 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)
- ⑤ せん妄における看護ケアの重要性
- ⑥ せん妄対策チームの紹介

せん妄の発症因子

ー 促進因子についてー

(介入の“めやす”)

せん妄ハイリスク

高齢
認知機能低下
中枢性疾患の既往
(脳血管障害など)
疾患の重症度
侵襲の大きい手術前

準備因子

起こりやすくする

できるだけ除去する！

便秘・尿閉・疼痛
心理・社会的ストレス
環境変化(入院)
感覚遮断・過剰(ICU)

促進因子

促進・遷延化させる

(積極的に治療する)

身体疾患
薬剤
手術

直接因子

引き金になる



せん妄に推奨される介入法 (NICEガイドライン)

促進因子

関連する要因	介入内容	職種
低酸素	低酸素の評価とO2投与	医師
感染	感染徴候の検索と治療 感染対策・カテーテル使用の最少化	
認知機能障害	適切な照明とわかりやすい標識 見当識を促す(話しかけ、時計とカレンダーの設置) 家族や友人の定期的な面会	看護師
脱水	飲水励行、脱水補正	
便秘	排便の確認、排便コントロール	
安静	動くよう促す(早期離床、歩行器の使用)	
疼痛	疼痛の評価(特に非言語的な疼痛症状を評価) 適切な疼痛マネジメント	
感覚遮断	治療可能な感覚障害の改善(耳垢の除去など) 視覚・聴覚補助器具	
睡眠障害	睡眠時間中のケア・処置を極力避ける 睡眠の妨げになる肺薬スケジュールの見直し 騒音の低減	
多剤併用	薬剤のレビュー(種類と剤数の両方を検討)	薬剤師
栄養障害	適切な栄養管理 義歯の確認	栄養士・NST

せん妄対策は多職種協働がkey point！！

内服薬のチェック
薬物相互作用
せん妄惹起しない薬剤選択



薬剤師

せん妄の原因に対する
アプローチ
(検査、点滴指示 など)



身体科医師

見当識をつける声かけ
便秘・疼痛などの評価
せん妄兆候の早期発見



看護師

薬物療法を用いた
対症療法
(抗うつ薬、抗精神病薬など)

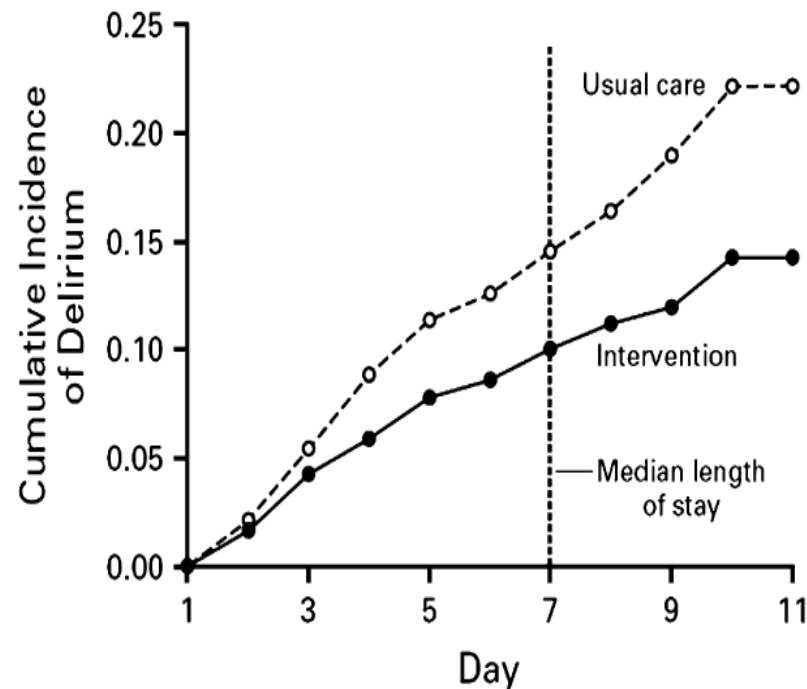


精神科医師

本日の内容

- ① 当院におけるせん妄
- ② せん妄の症状
- ③ せん妄の評価ツール
- ④ せん妄の問題点
 - * 見立ての間違い(せん妄の鑑別が困難なことについて)
 - * 誤った初期対応(誤った薬剤投与について)
 - * 誤った初期対応(原因に対するアプローチがなされないことについて)
- ⑤ せん妄における看護ケアの重要性
- ⑥ せん妄対策チームの紹介

多職種による予防的介入は せん妄の発症率を低下させる



- 入院時のリスク評価
- 入院後の標準化されたアセスメント
- 標準化された看護ケア
- せん妄の増悪要因となる薬剤使用に対する推奨

Inouye et al., N Engl J Med, 1999

せん妄対策チーム(D-mac)

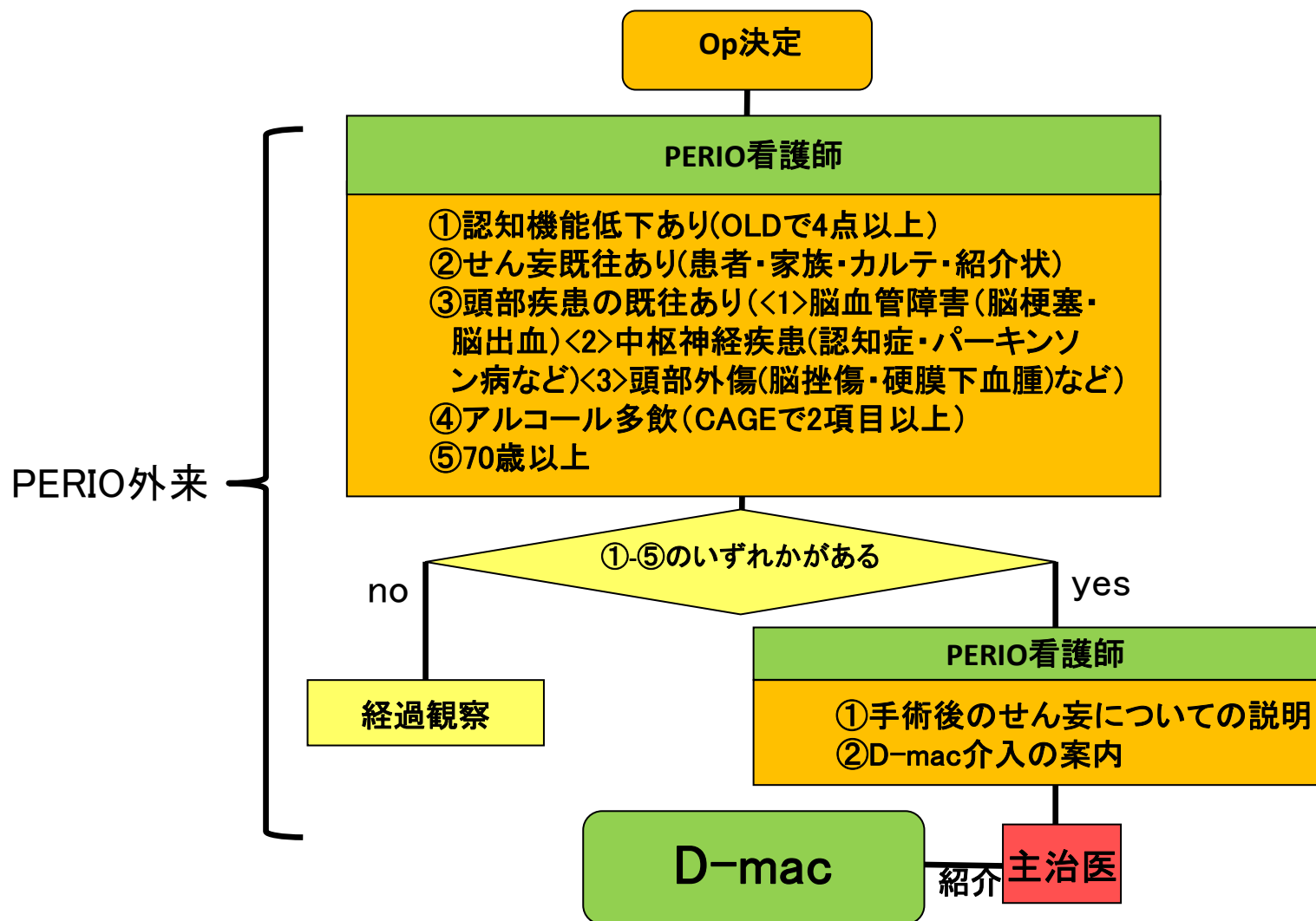
<目的>

- * せん妄ハイリスク患者を早期に同定する。
- * 各職種の専門性を活かした介入を行い、せん妄の発症を予防する。

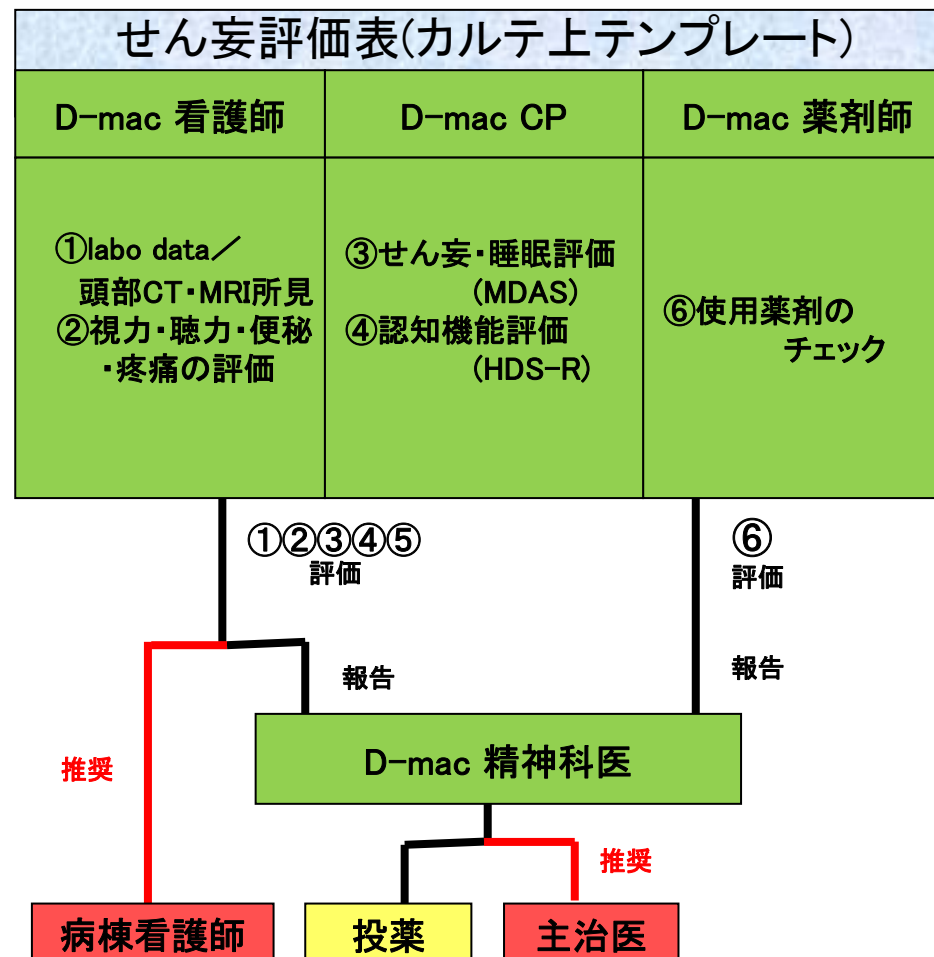
<対象>

消化管外科・呼吸器外科病棟におけるPERIO介入の入院患者

せん妄対策チーム Op前の流れ



せん妄対策チーム Op後の流れ



ご清聴ありがとうございました。

