

4. せん妄

せん妄は、在宅医療において遭遇する頻度が極めて高い症候群である。せん妄は身体疾患の予後不良に関連し、患者・家族の苦痛を増し、意思決定にも悪影響を及ぼす。在宅医療者にとってせん妄を予防し、見逃さず、早期に介入することは重要な課題である。

せん妄とは

表1に、アメリカ精神医学会編『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版』（DSM-5、2013）によるせん妄の診断基準を挙げた。要約すると、せん妄は「身体疾患や中毒によって惹起される急性で変動する意識障害・認知機能障害」とすることができる。

DSM-5では、せん妄の診断の際に「急性（数時間または数日続く）」か「持続性（数週また

表1. せん妄の診断基準（DSM-5）

- A. 注意の障害（すなわち、注意の方向付け、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。

表2. せん妄の分類

過活動型せん妄	低活動型せん妄	混合性せん妄
運動活動性の量的増加 活動性の制御喪失 不穏 徘徊	活動量・行動速度の低下 状況認識の低下 会話量の低下 無気力 覚醒の低下・ひきこもり	前2者の症状が1日のなかでも混合している

は数か月続く）」かを、また「過活動型」「低活動型」「活動水準混合型」のいずれかを特定するよう求めている（表2）。特に低活動型せん妄はしばしばうつ状態と混同されたり、見逃されることがあるので注意が必要である。

せん妄は認知症とは独立した症候群であるが、両者はしばしば合併し、その鑑別は困難なことも多い。しかしせん妄の背景には重篤な身体疾患が隠れていることがあり、転倒・骨折などの事故にもつながりやすいことから、認知症による症状とせん妄とを常に見分ける姿勢が求められる。

予後が数週と見積もられるがん患者においては、90%がせん妄を経験するとされる。このうち、死亡前24～48時間で全身状態の改善が困難となった結果生じる「終末期せん妄」については改善の見込みが乏しいが、予後6か月以内と見込まれる患者において生じるせん妄の90%以上は原因を同定することが可能で、治療可能性が十分に残されているとされる。

せん妄の要因と対応

せん妄の発症要因を、Lipowski¹⁾の分類に基づき、表3にまとめた。このようにせん妄の病因は多因子的であり、見極めは容易でないが、因子の治療・解消がせん妄の根本治療、および予防につながる。対応の手順は以下のようなものである²⁾。

表3. せん妄の発症要因

<p>直接因子：単一でせん妄を起こし得る要因</p> <p>(1) 中枢神経系への活性を持つ物質の摂取（抗コリン薬・ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬・ステロイド・オピオイドなどの医薬品、アルコール、覚せい剤など）</p> <p>(2) 依存性薬物からの離脱</p> <p>(3) 中枢神経疾患（脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍、感染症など）</p> <p>(4) 全身性疾患（敗血症、血糖異常・電解質異常・腎不全・肝不全・ビタミン欠乏などの代謝性疾患、内分泌疾患、心筋梗塞・心不全などの循環器疾患、呼吸不全、貧血・DICなどの血液疾患、重度の外傷や熱傷、悪性腫瘍）</p>
<p>誘発因子：単独ではせん妄を起こさないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起し得る要因</p> <p>(1) 身体的要因（疼痛、便秘、尿閉、脱水、ドレーンなどの留置、身体拘束、視力・聴力低下）</p> <p>(2) 精神的要因（抑うつ、不安）</p> <p>(3) 環境変化（入院、転居、明るさ、騒音）</p> <p>(4) 睡眠障害（不眠、リズム障害）</p>
<p>準備因子：せん妄の準備状態となる要因</p> <p>高齢、認知機能障害、重篤な身体疾患、頭部疾患既往、せん妄既往、アルコール多飲</p>

A. 身体的要因への対応

まず「直接因子」、次いで「誘発因子」の有無を見極め、治療や解消を試みる。薬物関連性のせん妄は頻度も高く、処方整理や見直しの価値は高い。患者の病態を包括的・縦断的に把握することが重要であるが、一般に在宅環境では診断のための情報も、治療手段も限られており、病院受診が必要なこともある。入院自体が「誘発因子」でもあるため、特に認知症高齢者の場合は連携医療機関とあらかじめ十分な調整を行い、必要最低限の滞在に留めることを心がけたい。

B. 環境調整（非薬物治療）

主に「誘発因子」に着目し、環境調整を行う。在宅医療者は生活・介護情報の丹念な聴取に加え、在宅環境に身を置くことで環境調整の精度を高めることができる。せん妄の遷延が入院や

在宅療養の断念につながり得るが、一方で入院中に治療に難渋したせん妄が在宅に戻ることで自然に解消された、という経験を持つ在宅医療者は少なくないであろう。また在宅医療では、家族・介護者の不安や疲労などの解消が患者本人の不安、ひいてはせん妄の解消につながることもしばしば経験される一方で、例えば緩和ケア病棟でプロフェッショナルに囲まれ、いつでもすぐに対応してもらえるという環境に安眠を見出す患者に出会うこともある。

このように、環境調整には患者を取り巻く人と場が患者の安息にどのように資するのかを個々に見極め、居場所の選定についての選択肢を提供することも含まれる。この見極めの目と対応の手をどれだけ有しているかも、在宅医療者の核心的な能力の一つであるといえよう。

C. 薬物治療

上記の検討・介入を行っても効果が不十分で、精神運動興奮が激しい場合に必要最低限の薬物治療を試みる^{注)}。ただし、これまでの使用薬物が十分整理された時点で初めて「足す」ことを考慮し、用量は一般成人の半量もしくは1/4程度から開始し漸増することが望ましく、効果が出てからは速やかに漸減中止を目指す。

(北田 志郎)

《引用文献》

- 1) Lipowski ZJ: Delirium: Acute confusional states. Oxford University Press, 1990.
- 2) 北田志郎：認知症患者に生じたせん妄や問題行動（BPSD）。In 日本家庭医療学会（編）：プライマリ・ケア救急、プリメド社、304-309、2007.

注) 本稿執筆時点でせん妄に対して保険適応のある薬物はチアプリドのみである（平成23年9月28日付厚生労働省健康局医療課長通知「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」により、リスベリドン、ハロペリドール、クエチアピン、ペロスピロンの4剤は、せん妄の保険病名があれば審査上、認められることになったが、適応を認めたものではない。その他、ミアンセリン、トラゾドンなどの抗うつ剤、抑肝散、釣藤散、黄連解毒湯などの漢方薬の使用報告があるが、それぞれ慎重に適応を選ぶ必要がある。