

はじめに

この本を手にとったあなたは、せん妄に対してどのように取り組んでおられますか？

対策の必要性を感じてはいても、

「どのように勉強したらよいかわからない……」

「せん妄の本は買ったけど、最初だけ読んで、結局続かなかった……」

「もっと楽しく学べる方法があればいいのに……」

などと、困ってはいませんか？

逆に、

「前と比べて、せん妄のことが少しずつわかってきた！」

「自分の理解度を確かめてみたい！」

「もっと知識を深めたい！」

という方もいるかもしれません。

この本は、「せん妄について、楽しく学ぶ！」をコンセプトに、イラストを豊富にとり揃えて、クイズ感覚で気楽に読める内容となっています。

初級編では、医療者の正答率が比較的高い、基礎的な知識を扱いました。そして中級編は、正答率が低い問題となっており、ここでどれくらい得点できるかがポイントです。最後に上級編では、きわめて難易度の高い問題を揃えてみました。すべてオリジナルですので、ぜひチャレンジしてください！

また、すべての問題には  **Memo** をつけ、正解に導くためのヒントを記しておきました。せん妄について初心者の方やあまり自信がない方は、まずこの  **Memo** をよく読んでから回答してください。そのほかの方は、あえて読まずに回答していただき、その上で  **Memo** に目を通すようにしてください。

上級編の後には、これまで岡山大学病院精神科リエゾンチームが全国で行ってきた「せん妄対策研修会」のGW（グループワーク）を、「紙上研修会」として再現してみました。せん妄の架空症例を用いて、「どうすればせん妄の発症を防ぐことができたのか」をテーマに、具体的な対策内容について検討するものです。本書のまとめとして、知識を総動員して取り組んでみてください。

では、さっそく始めてみましょう。1回目で8割以上正答するのはかなり難しいと思いますので、できなかった問題はチェックしておき、後でもう一度トライしてください。2回目は、また違う発見があるかもしれませんし、何より知識の定着につながるはずです。

この本を読まれたすべての方々にとって、明日からの、いや今夜からのせん妄臨床のお役に立てることを、心から願っています。なお、私がこれまで講演で使ってきた、オリジナルの小ネタも満載ですので、そちらも楽しんでいただければ幸いです。

せん妄マイスター目指して、がんばってください!!

2022年6月

岡山大学病院 精神科神経科 井上真一郎

謝辞

本書の執筆に際し、岡山大学病院精神科リエゾンチームのメンバー（枝廣暁先生、木曾萌香先生、佐藤涼太先生、千田真友子先生、鳥越美沙子先生、中村敦俊先生、松井友紀子先生、三宅俊明先生、山田裕士先生、山田了士先生、横林恵理子先生、山口恵先生、廣部貴恵先生、井上尚子先生、神崎あかね先生、山本昌子先生、三牧好子先生、江角悟先生）、Team-Dのメンバー（田村利恵先生、市川あい先生、猪田宏美先生）、矢野智宣先生、そして学生の大藤有里紗さん（University of Debrecen）には、多くのご協力とご助言をいただきました。

特に、横林恵理子先生には、私の無理難題な注文にもかかわらず、フリーハンドでたくさんイラストをご作成・ご提供いただきました。

また、奈良高校サッカー部の同級生である中西哲夫君（笑い飯・哲夫）には帯を書いていただき、同じくチームメイトの中井直政君とともに、全般的なご助言をいただきました。

そして、中外医学社の上岡里織さま、上村裕也さまにも、細部にわたり適切にご指導をいただきました。

ここに深く感謝の意を表します。本当にありがとうございました。

第1問

【難易度メーター】★★★★

せん妄に関して、誤っているものを2つ選んでください。

- ① 夜間に症状が増悪しやすい。
- ② 日や時間単位で発症する。
- ③ 幻視よりも幻聴のほうがみられやすい。
- ④ 意識障害を認める。
- ⑤ 必ず興奮を伴う行動異常がみられる。



Memo

次の看護師さんどうしのやりとりに、たくさんのヒントが隠れています(朝10時のナースステーション)。

日勤看護師 A:

「あら。まだ帰れそうにないの？」

夜勤看護師 B:

「はあ……。全然、記録が書けてなくて(涙)。」

日勤看護師 A:

「夜勤、忙しかったんだあ。」

夜勤看護師 B:

「312号室のCさん。入院してからずっと落ち着いていたのに、昨夜にかぎって人が変わったかのように急に怒りっぽくなって……。話しかけても壁のほうを指してそっちばかり見ていたり、薬をすすめても『おまえが飲め!』なんて言われたりして……。一晩中、Cさんの対応でつきっきりだったの。もうヘトヘト。」

日勤看護師 A:

「ホント? さっき朝ご飯持っていったけど、いつも通り笑顔で挨拶をしてくれたわよ。」

夜勤看護師 B:

「えーっ!!! ありえないんだけど……。もう、勘弁してよー。」

日勤看護師 A:

「そういえば、肝硬変で入院したDさんは大丈夫だった？」

夜勤看護師 B:

「Dさんは、全く問題なかったわよ。でも、ずっとうつらうつらしていて、あまり眠れていなかったみたい。」

日勤看護師 A:

「今もそんな感じ。朝からぼんやりしてるけど、時々『そろそろ行かなきゃ』とか、変なことを言ったりして……。」

ここでは、 **Memo** で示した看護師さんのやりとりをもとに考えていきましょう。

① 夜間に症状が増悪しやすい。 ○

② 日や時間単位で発症する。 ○

「昨夜にかぎって人が変わったかのように急に怒りっぽくなって」とあるように、せん妄は症状に日内変動がみられ、夜間に症状が悪化します。このような特徴から、「夜間せん妄」と呼ばれることがあります。また、せん妄は急性発症のため、「手術の翌日から言動がおかしい」とか、「夕方の16時頃から目つきがあやしい」のように、発症起点を日にちだけでなく時間まで特定できることもよくあります。

③ 幻視よりも幻聴のほうがみられやすい。 ×

「話しかけても壁のほうを指してそっちばかり見ていたり」とあるように、せん妄では幻視が特徴的です。手で宙を払うような仕草があったり、キョロキョロと視線が動いたり、ジッとどこかを見ているにもかかわらず視線の先に何もなかったりする場合は、幻視を疑いましょう。ちなみに、統合失調症では幻視より幻聴が一般的です。

④ 意識障害を認める。 ○

「さっき朝ご飯持っていったけど、いつも通り笑顔で挨拶してくれたわよ」とあるように、せん妄では軽度～中等度の意識障害を認めるため、夜間に不穏があったとしても、本人は全く覚えていなかったり、うろ覚えだったりすることがほとんどです。決して「わざと」「故意に」やっている言動ではありませんので、患者さんを責めないようにしましょう（「せん妄」を憎んで、「人」を憎まず）。

⑤ 必ず興奮を伴う行動異常がみられる。 ×

「朝からぼんやりしてるけど、時々『そろそろ行かなきゃ』とか、変なことを言ったりして」とあるように、興奮が顕著なせん妄だけでなく、ぼんやりして活動性が低下するタイプのせん妄（低活動型せん妄）もあるのです。

 **Memo** のやりとりからわかるように、夜勤の看護師さんはせん妄に関する有用な情報をたくさん持っています。医師は、できれば夜勤の看護師さんがまだ残っておられる早朝に病棟に行くか、それが難しい場合は夜勤の看護師さんの看護記録に十分目を通しましょう。

睡眠薬について、正しいものを2つ選んでください。

- ① ベンゾジアゼピン受容体作動薬は、一般に依存性や筋弛緩作用、認知機能低下など、種々の副作用をもたらす。
- ② せん妄ハイリスク患者が不眠をきたした場合、積極的にベンゾジアゼピン受容体作動薬を投与し、不眠の改善を行う必要がある。
- ③ 睡眠薬の中でも、ゾルピデム（マイスリー®）やゾピクロン（アモバン®）のような「非ベンゾジアゼピン」と呼ばれる薬は、せん妄の発症リスクが少ない。
- ④ エチゾラム（デパス®）やトリアゾラム（ハルシオン®）といった睡眠薬はせん妄の原因となるため、長期間内服している場合でもただちに中止することが望ましい。
- ⑤ ラメルテオン（ロゼレム®）やスボレキサント（ベルソムラ®）といった新しい睡眠薬は、せん妄の発症が少ないことが RCT（ランダム化比較試験）で示されている。

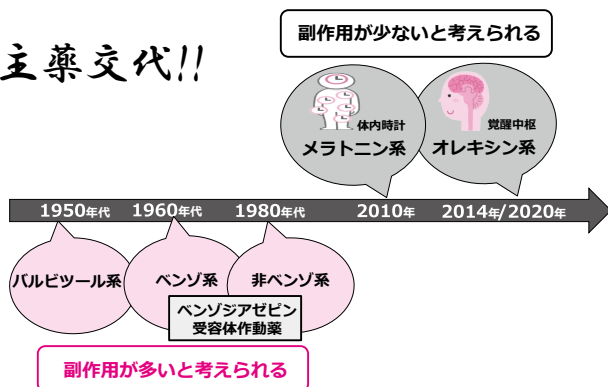
Memo

1900年代後半における不眠症治療薬の主役（主薬）は、間違いなくベンゾジアゼピン受容体作動薬でした。特に、マイスリー®やレンドルミン®は、年々睡眠薬市場におけるシェアを拡大してきました。

2000年代に入り、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の副作用が、次々と明らかになってきました。

そして、副作用の少ない、新しい作用機序の睡眠薬が複数登場し、まさに「主薬交代」となりつつあります。

主薬交代!!



- ① ベンゾジアゼピン受容体作動薬は、一般に依存性や筋弛緩作用、認知機能低下など、種々の副作用をもたらす。 ○

ベンゾジアゼピン受容体作動薬には、短期内服でも起こりうる副作用（筋弛緩作用、前向性健忘、持ち越し、認知機能の低下、せん妄、自動車事故）と、長期内服による副作用（常用量依存、離脱症状、耐性、認知症）があります。

- ② せん妄ハイリスク患者が不眠をきたした場合、積極的にベンゾジアゼピン受容体作動薬を投与し、不眠の改善を行う必要がある。 ×

せん妄ハイリスクの患者さんが不眠をきたすということは、例えて言うと薪がたくさん並べてあるところに油がびっしりまかれた状態です。せん妄を予防するには、油を回収すること、すなわち不眠を改善させることが重要ですが、その際にベンゾジアゼピン受容体作動薬を用いると、今度はそれがライターとなり、いち早く薬剤性せん妄をきたすことになってしまうのです。

- ③ 睡眠薬の中でも、ゾルピデム（マイスリー®）やゾピクロン（アモバン®）のような「非ベンゾジアゼピン」と呼ばれる薬は、せん妄の発症リスクが少ない。 ×

一般に、「非ベンゾジアゼピン」と呼ばれる睡眠薬も、ベンゾジアゼピン受容体に作用するため、「ベンゾジアゼピン」と同様にせん妄の発症リスクを有していると考えられます。➡第25問で詳しく解説しています。

- ④ エチゾラム（デパス®）やトリアゾラム（ハルシオン®）といった睡眠薬はせん妄の原因となるため、長期間内服している場合でもただちに中止することが望ましい。 ×

ベンゾジアゼピン受容体作動薬は、長期内服によって耐性を形成するため、急に中止すると離脱症状をきたす可能性があります。

- ⑤ ラメルテオン（ロゼレム®）やスボレキサント（ベルソムラ®）といった新規作用機序の睡眠薬は、せん妄の発症が少ないことがRCTで示されている。 ○

このRCTの結果から、メラトニン受容体作動薬（ロゼレム®）やオレキシン受容体拮抗薬（ベルソムラ®、デエビゴ®）については、少なくともせん妄を惹起することはなく、せん妄ハイリスク患者の不眠に有用と考えられます。

検討点2

回答

① まずかった対応	② 改善策
発熱や倦怠感に対して、経過をみてしまった	クーリングや解熱剤の投与、水分補給などを積極的に行う
夕方しんどさを訴え、落ち着かない様子があったにもかかわらず、経過をみてしまった	- せん妄ハイリスク患者の術後は、ツールを用いてせん妄のスクリーニングを行う - せん妄では注意障害が多くみられることを知っておく - 術後であり、しんどさや落ち着きのなさを認めることから痛みの可能性を考え、痛みの評価を行う - 訴えを傾聴するなど、精神的なサポートを行う
持参薬のプロチゾラム（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）を、そのまま自己管理にしまった	- プロチゾラムはせん妄ハイリスク薬であるため、中止して他剤への変更が可能かどうかについて検討する - せん妄ハイリスク患者の場合、服薬は託所管理にする
点滴をしきりに気にしていたが、特に対応をとらなかった	- ルートが目に入らないように工夫する - 夜間の点滴はトイレ覚醒など不眠につながるためなるべく避け、ヘパリンでロックをかけておく
夜間訪室した際に眠れていなかったにもかかわらず、放置してしまった	積極的に不眠時指示を使用する
当直医に不眠時薬について相談する状況をつくってしまった	入院時にせん妄ハイリスクと評価し、それを踏まえた不眠時・不穏時指示を、主治医があらかじめ出しておく
当直医の指示にて、病棟常備薬からゾルピデムを投与してしまった	- せん妄のリスクを踏まえて、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の投与を避ける - 病棟常備薬の中に、不眠に対して用いる薬として、ベンゾジアゼピン受容体作動薬以外の薬を配置しておく
ハロペリドールの投与量が少なかった（1/4 A）	- この患者さんはBMI 26と体格がよく、肝・腎機能に問題なく、全身状態もそこまで悪くはないため、ハロペリドールの投与量をもう少し多めにする - 興奮が強い場合、即効性を期待して注射薬の指示でもよいが、ハロペリドールは鎮静作用があまり強くないため、例えばフルニトラゼパムやヒドロキシジンなどの併用を検討する

↓ 続く