

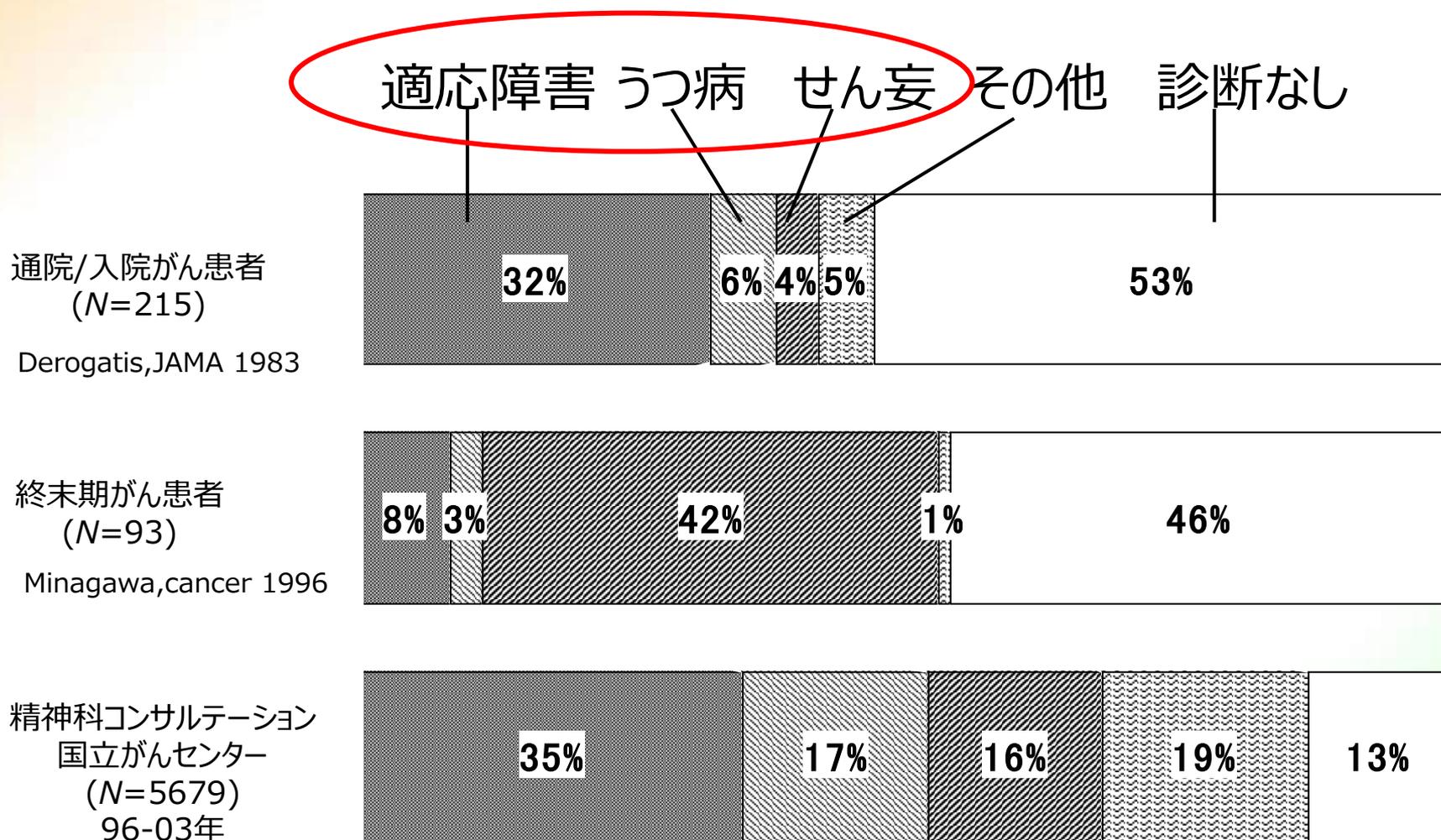
2026年2月21日大阪府 PEACE研修会修了者
に対するフォローアップ研修

がん患者におけるせん妄 ガイドライン2025版の概要



所 昭宏
国立病院機構
近畿中央呼吸器センター
心療内科/支持・緩和療法チーム

がん患者における精神症状の有病率



各疾患の症状頻度

	がん	COPD	心不全	腎不全	認知症
倦怠感	23-100 %	32-96 %	42-82 %	13-100 %	22 %
食欲不振	76-95 %	64-67 %	n.a.	38-64 %	n.a.
疼痛	30-94 %	21-77 %	14-78 %	11-83 %	14-63 %
悪心嘔吐	2-78 %	4 %	2-48 %	8-52 %	8 %
呼吸困難	16-77 %	56-98 %	18-88 %	11-82 %	12-52 %
不眠	3-67 %	15-77 %	36-48 %	1-83 %	14 %
せん妄	2-68 %	14-33 %	15-48 %	35-70 %	n.a.
便秘	4-64 %	12-44 %	12-42 %	8-65 %	40 %
下痢	1-25 %	n.a.	12 %	8-36 %	n.a.
抑うつ	4-80 %	17-77 %	6-59 %	2-61 %	46 %
不安	3-74 %	23-53 %	2-49 %	7-52 %	8-72 %

PEACE緩和ケア研修会 プレ・ポストテスト

- Q25:せん妄には原因となる薬物あるいは身体要因が存在する
- Q26:せん妄患者には、夜間の睡眠確保のため、まずベンゾジアゼピンを使用する
- Q27:せん妄患者のケアとして、夜間よく眠れるように部屋は真っ暗にしたほうがよい

事例

- **83歳** 男性 肺がん
- 5年前に妻を亡くし独居
- 多発肺転移があり、7日前に入院となった。3日前より**肺炎**の合併による**発熱**を認めた
- 昨夜、入眠困難のため、不眠時指示の**トリアゾラム** (**ハルシオン®**)を内服した
- その後まもなく「家に帰らないと」と、落ち着かない様子で荷物の整理を始めた(急につじつま合わない言動)

事例

- 高齢、担がん患者
- **肺炎**の合併と高熱
- ベンゾジアゼピン系の睡眠剤トリアゾラム(**ハルシオン**)使用
- **夜間**にも関わらず、「家に帰る」とつじつまの合わない言動
- **急激な発症**
...などがせん妄の診断の根拠となりますね。



せん妄の疫学

せん妄は頻度が高い

- 終末期がん患者の30～40%に合併する
- 死亡直前においては、患者の90%がせん妄の状態にある（誰もが経験する精神症状）

せん妄体験は苦痛を伴う

せん妄体験は苦痛を伴う

Breitbart et al, Psychosomatics 2002

対象: せん妄から回復し、そのエピソードを記憶していたがん患者54名
せん妄患者の家族75名
せん妄患者を担当した看護師101名



せん妄は多くの患者/家族/看護師にとって苦痛となる

せん妄の評価 診断基準

1. 意識障害：ボーっとしていて、周囲の状況を良く分かっていない
 2. 認知機能・知覚の異常：見当識障害、幻覚、妄想など
 3. 日内変動：1日の中で症状のむらがある。夜間に悪化
 4. 原因となる薬物、あるいは身体要因が存在する
- 上記を全て満たす場合、せん妄の診断に該当する

せん妄とは，身体的要因や薬剤 要因によって急性に発症する意識・注意・ 知覚の障害であり，症状には変動性がある

表 1 DSM-5-TR によるせん妄の診断基準

A	環境の認識の減少が伴った注意の障害（すなわち，注意を方向づけ，集中，維持，転換する能力の低下）
B	その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日），もとと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

上記 A～E のすべてを満たす場合にせん妄と診断する。

DSM-5-TR では，該当すれば特定する

急性：数時間または数日続く

持続性：数週または数カ月続く

DSM-5-TR においては，せん妄の活動性に関するサブタイプを特定することとなっている。それぞれのサブタイプについては，以下のように記述されている。

過活動型：その人の精神運動活動の水準は過活動であり，気分の不安定性，焦燥，および/または医療に対する協力の拒否を伴うかもしれない

低活動型：その人の精神運動活動の水準は低活動であり，昏迷に近いような不活発や嗜眠を伴うかもしれない

活動水準混合型：その人の注意および意識は障害されているが，精神運動活動の水準は正常である。また，活動水準が急速に変動する例も含む

〔日本精神神経学会 日本語版用語 監修，高橋三郎，大野裕 監訳。DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院，2023: pp653-9 より作成〕

せん妄の分類

1. 過活動型せん妄 (約20%)

転倒・転落、ルート抜去、幻覚・妄想など
活発な精神運動興奮 (いわゆる“不穏”)

2. 低活動型せん妄 (約30%)

傾眠などの意識障害が中核症状で、症状が乏しい
ために見過ごされやすい。

(うとうとしているが、起こすと幻覚や見当識障害がある)

3. 混合型せん妄 (約50%)

過活動型と低活動型の混在するタイプ

せん妄の症状

せん妄と診断された進行がん患者100名

精神・行動症状	頻度(%)	認知機能障害	頻度(%)
睡眠覚醒リズム	97	注意力低下	97
多動	62	長期記憶障害	89
寡動	62	短期記憶障害	88
言語障害	57	視空間認識	87
思考経路障害	54	失見当識	76
情動不安定	53		
幻覚	50		
妄想	31		

せん妄の影響

せん妄は様々な悪影響をもたらす

- 危険行動による事故転倒転落,チューブ類抜去, 暴力、自殺（医療安全/身体拘束最小化/自殺対策） →入院基本料（通則）、がん拠点病院の要件
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
- 家族の動揺
- 患者の意思決定と同意の問題
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

せん妄の評価

準備因子と促進因子

- 準備因子
 - 高齢、認知症、脳梗塞の既往など
- 促進因子
 - 環境変化
 - 身体拘束
 - 不快な身体症状
 - 疼痛、尿閉、便秘、発熱、口渇 など

Young J. *BMJ* 2010

Inouye SK. *Ann Intern Med* 1993

Inouye SK. *Lancet* 2014

せん妄の直接原因

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、K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

せん妄の原因-進行・終末期がん患者

対象：緩和ケア病棟入院後、せん妄が出現したがん患者71名

頻度	原因	可逆性
1	オピオイド	高い
2	脱水	高い
3	代謝異常	低い
4	低酸素脳症（呼吸器感染症による）	低い
5	その他の感染症	低い
6	薬剤（オピオイド以外）	高い
7	血液学的異常	—
8	頭蓋内病変	—
9	低酸素脳症（肺がん、転移性肺がんによる）	低い
10	アルコール等の離脱	—

進行・終末期であっても49%は改善可能であった

せん妄の原因-薬剤性

対象：薬剤性のせん妄と評価されたがん患者

原因薬剤	割合 (%)
オピオイド	54
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	24
コルチコステロイド	21
H2遮断薬	19
抗けいれん薬	6
抗ヒスタミン薬	4
抗コリン薬	6
その他	9

時期に応じたせん妄の予防/治療

誘発因子に対するケア
せん妄の発症前から開始し、回復後も予防として継続する

準備因子からハイリスク
患者をスクリーニング

原因となる
直接因子の治療

回復困難な場合

苦痛症状の緩和が目標

せん妄発症前

せん妄の発症

せん妄からの回復

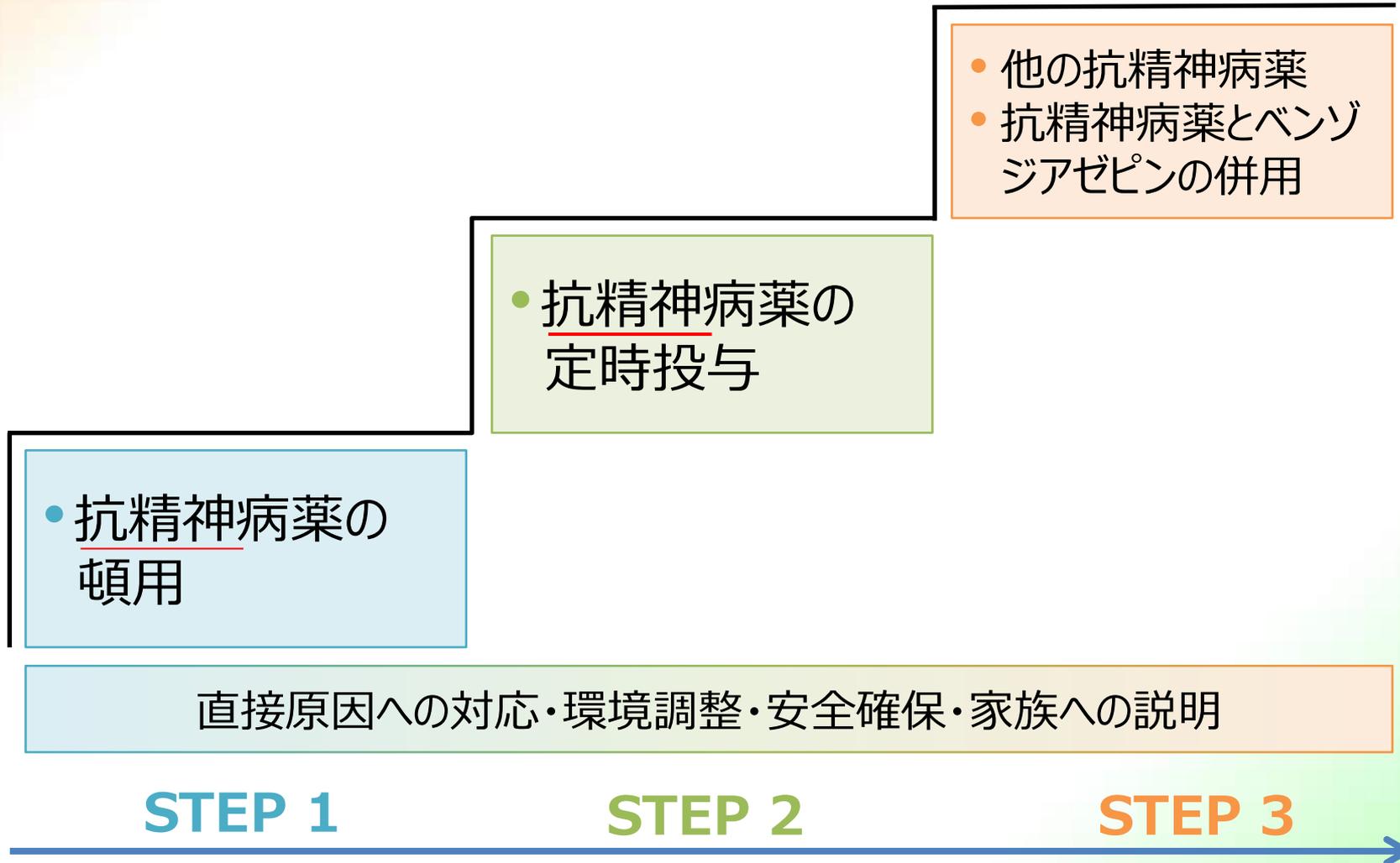
2020年度診療報酬改定で
「せん妄ハイリスクケア加算」
が新設

せん妄症状

対症療法としての薬物療法
抗精神病薬単剤または
ベンゾジアゼピン併用

薬剤の漸減中止

せん妄の治療STEP



背景：2020年度診療報酬改定で「せん妄ハイリスクケア加算」が新設

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑥

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[対象となる入院料]

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

[施設基準]

- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

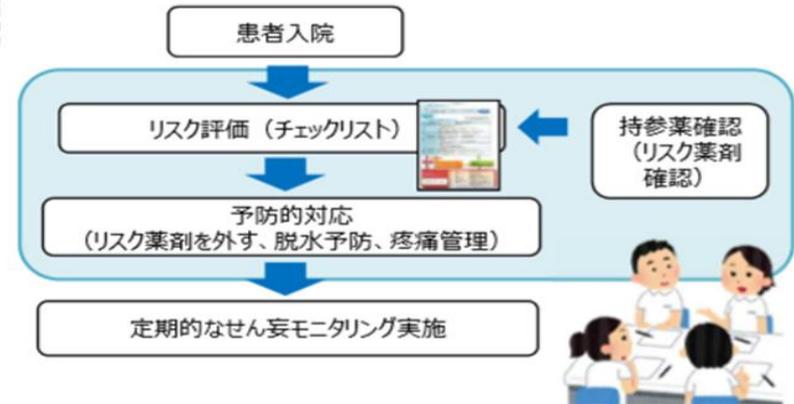
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤
- 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



JPOS/JASCCがん医療における こころのケアガイドラインシリーズ

Mindsマニュアル準拠

使用対象者：全医療従事者 内容：基礎知識から臨床疑問まで

系統的レビュー

エビデンスに基く推奨

外部評価

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 1

がん患者における
せん妄ガイドライン

2025年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターティープケア学会

2025年9月出版！

金原出版株式会社

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 2

がん医療における 患者-医療者間の
コミュニケーション
ガイドライン

2022年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターティープケア学会

金原出版株式会社

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 3

遺族ケアガイドライン

がん等の身体疾患によって重要他者を失った遺族が経験する
精神心理的苦痛の診療とケアに関するガイドライン

2022年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターティープケア学会

金原出版株式会社

がん医療におけるこころのケアガイドラインシリーズ 4

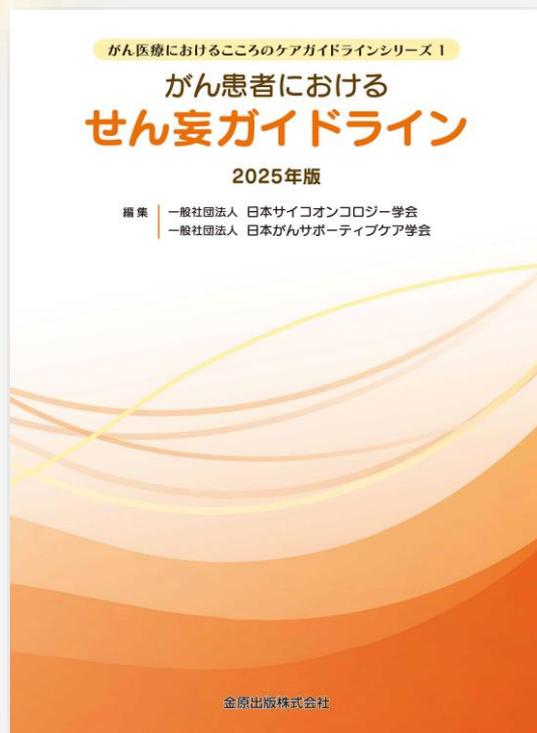
がん患者における
気持ちのつらさガイドライン

2024年版

編集 | 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
一般社団法人 日本がんサポーターティープケア学会

金原出版株式会社

がん患者 せん妄ガイドライン 2025年版



New!

使用対象者: 全医療従事者
内容: 基礎知識から臨床疑問まで

#	臨床疑問
1	予防: 非薬物療法
2	予防: 抗精神病薬
3	予防: ラメルテオン
4	予防: オレキシン受容体拮抗薬
5	評価方法、診断方法
6	原因
7	薬物療法: 抗精神病薬
8	薬物療法: トラゾドン
9	薬物療法: ヒドロキシジン
10	薬物療法: ベンゾジアゼピン系薬
11	薬物療法: 抗精神病薬 + ベンゾ系薬
12	薬物療法: 抗精神病薬 + 抗ヒスタミン薬
13	オピオイドの変更
14	非薬物療法
15	終末期せん妄に対するアプローチ

CQ	2022年版	2025年版
1	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的として推奨される非薬物療法にはどのようなものがあるか？	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的に非薬物療法を行うことは推奨されるか？
2	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的に抗精神病薬を投与することは推奨されるか？	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的に抗精神病薬を単独で投与することは推奨されるか？
3	がん患者のせん妄には、どのような評価方法があるか？	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的にラメルテオンを単独で投与することは推奨されるか？
4	がん患者のせん妄には、どのような原因（身体的要因・薬剤要因）があるか？	がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的にオレキシン受容体拮抗薬を単独で投与することは推奨されるか？
5	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、抗精神病薬を投与することは推奨されるか？	がん患者のせん妄に対して、推奨される評価方法にはどのようなものが挙げられるか？
6	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的としてトラゾドンを単独で投与することは推奨されるか？	がん患者のせん妄には、どのような原因（直接因子）が挙げられるか？
7	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、ヒドロキシジンを単独で投与することは推奨されるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、抗精神病薬を単独で投与することは推奨されるか？
8	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、ベンゾジアゼピン系薬を単独で投与することは推奨されるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、トラゾドンを単独で投与することは推奨されるか？
9	せん妄を有するオピオイド投与中のがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、オピオイドスイッチングを行うことは推奨されるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、ヒドロキシジンを単独で投与することは推奨されるか？
10	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、推奨される非薬物療法にはどのようなものがあるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、ベンゾジアゼピン系薬を単独で投与することは推奨されるか？
11	がん患者の終末期のせん妄に対して、せん妄の症状軽減を目的として推奨されるアプローチにはどのようなものがあるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬を併用投与することは推奨されるか？
12	せん妄を有するがん患者に対して、家族が望むケアにはどのようなものがあるか？	せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的として、抗精神病薬と抗ヒスタミン薬を併用投与することは推奨されるか？
13		せん妄を有するオピオイド投与中のがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、オピオイドスイッチングを行うことは推奨されるか？
14		せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として推奨される非薬物療法には、どのようなものが挙げられるか？
15		がん患者の終末期のせん妄に対して、せん妄の症状軽減を目的として推奨されるアプローチには、どのようなものが挙げられるか？

がん患者における せん妄ガイドライン 2025年版 第3版

今回の改訂では、新たに「アルコール離脱せん妄」「術後せん妄」「低活動型せん妄」「身体拘束」「認知症に重畳するせん妄」「せん妄とがん疼痛の合併」「在宅におけるせん妄」といった重要なテーマを総論に追加しました。

また、「ラメルテオン」「オレキシン受容体拮抗薬」「抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬」「抗精神病薬とヒドロキシジン」に関する臨床疑問を加えるなど、より臨床現場で役立つ一冊となっています。

がん患者におけるせん妄ガイドライン
2025年版

編集者：日本がん緩和ケア学会
監修者：日本がん緩和ケア学会

臨床疑問1. がん患者に対して、せん妄の発症予防目的に非薬物療法は推奨されるか？

- 推奨文
がん患者に対して，術後せん妄の発症予防を目的に複合的介入を行うことを推奨す
- 推奨の強さ：1（強い）
- エビデンスレベル：B（中程度）

- 推奨文
がん患者に対して，術後せん妄の発症予防を目的に高照度光療法を行わないことを提案する。
- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：c（弱い）



臨床疑問2. がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的に抗精神病薬を単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文

がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的として単独で抗精神病薬を投与しないことを提案する

- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：C（弱い）

臨床疑問 3 .がん患者に対して，せん妄の発症予防を目的にラメルテオンを単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文
がん患者に対して，せん妄の発症予防を目的にラメルテオンを単独で投与しないことを提案する。
- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：D（とても弱い）

臨床疑問 4 .がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的にオレキシン受容体拮抗薬を単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文
がん患者に対して、せん妄の発症予防を目的にオレキシン受容体拮抗薬を単独で投与しないことを提案する。
- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：D（とても弱い）



デュアルオレキシン受容体拮抗薬(DORA)

	ベルソムラ®	デエビゴ®	クービビック®	ボルズィ®
有効成分	スボレキサント	レンボレキサント	ダリドレキサント	ボルノレキサント
剤形	15mg、20mg	2.5mg、5mg、10mg	25mg、50mg	2.5mg、5mg、10mg
一包化	できない	できる	できる	できる
効能と効果	不眠症	不眠症	不眠症	不眠症
成人の用量	20mg	5mg (最大10mg)	50mg	5mg (最大10mg)
高齢者の用量	15mg	5mg (最大10mg)	50mg	5mg (最大10mg)
CYP3A阻害薬併用時の用量	10mg	2.5mg	25mg	2.5mg
禁忌	CYP3Aを強く阻害する薬剤投与中	重度の肝機能障害	CYP3Aを強く阻害する薬剤投与中、重度の肝機能障害	CYP3Aを強く阻害する薬剤投与中、重度の肝機能障害
最高血中濃度到達時間	1.5時間 (40mg単回投与)	1.5時間 (10mg反復投与)	1.0時間 (50mg反復投与)	1.75時間 (10mg反復投与)
血中濃度半減期	約12時間 (40mg 反復投与)	47.4時間 (10mg 反復投与)	6.6時間 (50mg 反復投与)	2.03時間 (10mg反復投与)
副作用	傾眠、頭痛、浮動性めまい、疲労、悪夢、睡眠時麻痺、異常な夢、入眠時幻覚	傾眠、頭痛、倦怠感、浮動性めまい、異常な夢、悪夢、悪心、体重増加	傾眠、頭痛、浮動性めまい、悪夢、睡眠時麻痺、異常な夢、入眠時幻覚	傾眠、悪夢、倦怠感、浮動性めまい、睡眠時麻痺、血中乳酸脱水素酵素増加

CYP3Aを強く阻害する薬剤
(イトラコナゾール、ポサコナゾール、ポリコナゾール、クラリスロマイシン、リトナビル、ネルフィナビル)で血漿中濃度上昇
YP3Aを誘導する薬剤(RFP,デキサメサゾン、カルバマゼピンなど)との併用では、血漿中濃度が下降。

添付文書等より演者作成

臨床疑問 6 .がん患者のせん妄には，どのような原因（身体的要因・薬剤要因）があるか？

- 推奨文

がん患者のせん妄の原因として，術後せん妄患者では周術期，ベンゾジアゼピン系などの薬剤が，積極的抗がん治療の中止にまたはそれに近い状況であり，緩和ケア専念となった患者では臓器不全，脳転移，電解質異常，感染症などの身体的異常，オピオイド，ステロイドなどの薬剤が挙げられる。



臨床疑問 7 .せん妄を有するがん患者に対して，せん妄の症状軽減を目的として，抗精神病薬を単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文

せん妄を有するがん患者に対して，せん妄の症状軽減を目的として，抗精神病薬を単独で投与することを提案する。

ただし，軽度～中等度のせん妄を有するがん患者および低活動型せん妄患者，さらにはせん妄を有する終末期のがん患者への投与に際しては，その必要性を十分に評価したうえで個別的に判断する必要がある。

- 推奨の強さ：2（弱い）

- エビデンスレベル：D（とても弱い）



臨床疑問 8 . せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてトラゾドンを単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文

せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてトラゾドンを単独で投与することを提案する。

- 推奨の強さ：2（弱い）

- エビデンスレベル：D（非常に弱い）



臨床疑問 9 . せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてヒドロキシジンを投与することは推奨されるか？

- 推奨文

せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてヒドロキシジンを単独で投与しないことを提案する

- 推奨の強さ：2（弱い）

- エビデンスレベル：D（とても弱い）

臨床疑問 10 . せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてベンゾジアゼピン系薬を単独で投与することは推奨されるか？

- 推奨文

せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的としてベンゾジアゼピン系薬を単独で投与しないことを提案する

- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：D（とても弱い）



臨床疑問 1 1. せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的として抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬を併用で投与することは推奨されるか？

- 推奨文

**せん妄を有するがん患者に対して、せん妄症状の軽減を目的として抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬を併用で投与することを提案する
で投与しないことを提案する**

- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：C（弱い）



臨床疑問 1 2.せん妄を有するがん患者に対して，せん妄の症状軽減を目的として，抗精神病薬と抗ヒスタミン薬を併用投与することは推奨されるか？？

- 推奨文

せん妄を有するがん患者に対して，せん妄の症状軽減を目的として，抗精神病薬と抗ヒスタミン薬を併用投与しないことを提案する。

- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：D（とても弱い）

臨床疑問 1 3 .せん妄を有するオピオイド投与中のがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、オピオイドスイッチングを行うことは推奨されるか？

- 推奨文

せん妄を有するオピオイド投与中のがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として、オピオイドスイッチングを行うことを提案する。

- 推奨の強さ：2（弱い）
- エビデンスレベル：c（弱い）



臨床疑問 1 4 . せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減目的として、推奨される非薬物療法にはどのようなものがあるか？

- 推奨文

- せん妄を有するがん患者に対して、せん妄の症状軽減を目的として推奨される非薬物療法には、運動療法が挙げられる。



総論：在宅におけるせん妄診療の特徴や課題

- 在宅での終末期せん妄の発生率は 42.5～44%だったとのレビュー¹⁾がある他, 日本の在宅緩和ケアにおけるがん患者の過活動せん妄の有病率は, 介入時 1.4%, 死亡 3 日前 5.4%との報告がある²⁾。
- 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (J-HOPE3 研究)の在宅がん患者の精神症状を調査した研究では, 患者が亡くなる 1 カ月前にせん妄は 20～30%にみられ, 高頻度でみられた症状の具体例は, つじつまの合わない会話が 31%, 失見当識が 19%, 混乱が 17%, 幻視が 17%と報告されている³⁾。
- 在宅医療においてもせん妄は重要な課題である一方で, 入院環境でせん妄を診察するのとは異なるいくつかの特徴や制限, 配慮事項がある。

総論：在宅におけるせん妄診療の 特徴や課題

- 介護者の心理的負担
- 薬剤投与経路の制限
- 在宅医療従事者のせん妄診療に対する困難感
- 在宅療養継続の可能性
- 在宅におけるアルゴリズム開発

在宅医療におけるせん妄に対するアルゴリズム

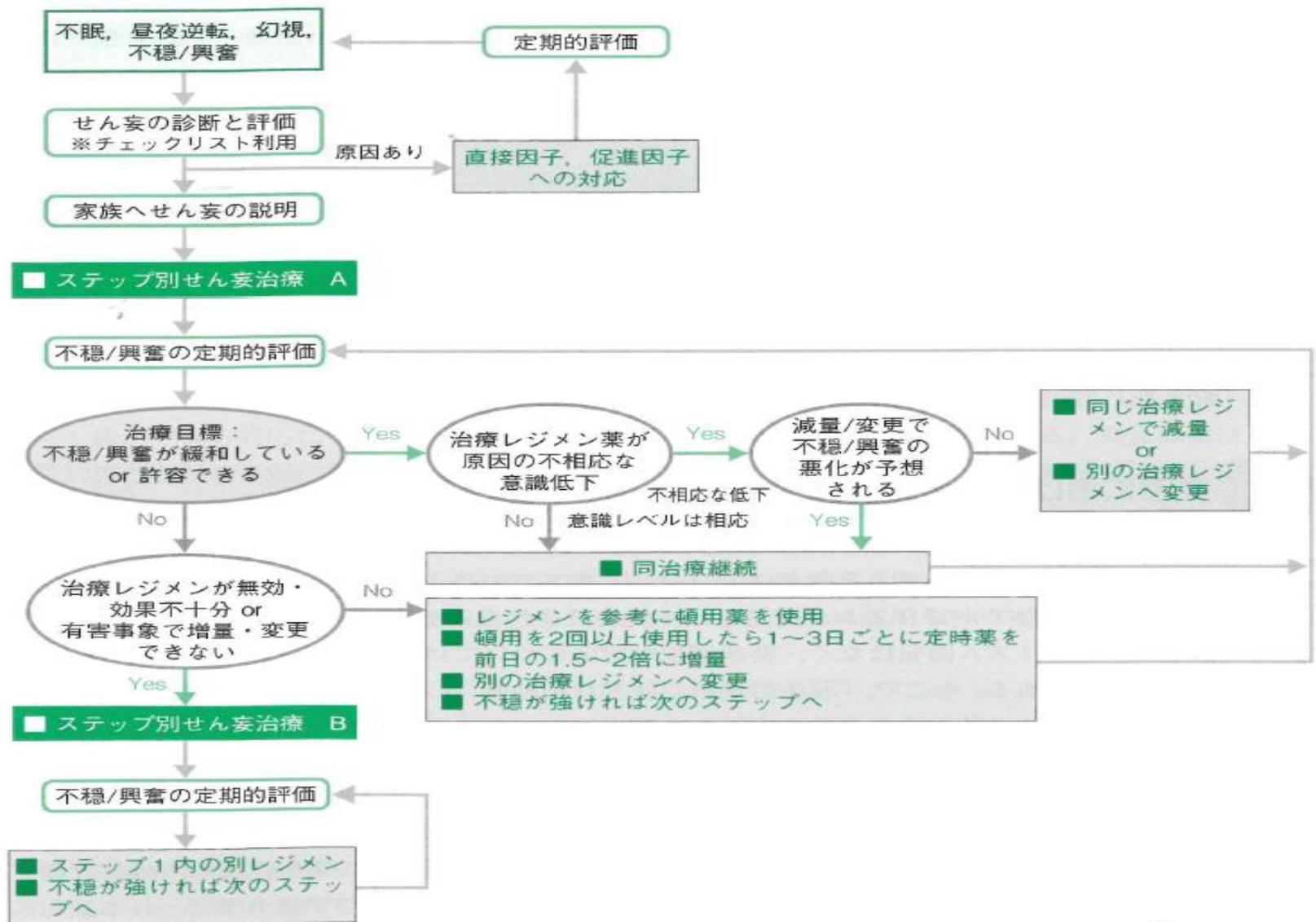


図4 在宅医療における終末期がん患者の過活動型せん妄に対するアルゴリズム

[厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業) がん関連苦痛症状の体系的治療の開発と実践および専門的がん疼痛治療の地域連携体制モデル構築に関する研究 (22EA1004) 班. がん緩和ケアと地域連携 (<https://www.jigyoku.com/cancer-pain-symptom-management/index.html>) より引用]

在宅医療におけるせん妄に対するアルゴリズム

表 23 治療レジメン A (内服困難時)

	薬剤名	特徴	適応	1日分開始量の目安	1日分最大量の目安	頓用薬の目安
ステップ 0	非薬物療法的介入・ケア (別紙)					
ステップ 2	ハロペリドール	鎮静作用は弱い 錐体外路症状が出やすい 抗コリン作用は少なめ	幻覚が強いが不穏は強くない場合 パーキンソン病・重症心不全には禁忌	2.5 mg	15 mg	頓用設定困難のため、レジメン A (内服可能時) の中から選択するか、レジメン B に進む
	アセナピン	舌下投与 (水で飲み込まない、投与後 10 分は飲食禁止) 鎮静作用は中等度	内服困難時 MARTA だが糖尿病に禁忌ではない 重度の肝機能障害には禁忌	5 mg	20 mg	1 回 5 mg 1 時間あけて 定時と合わせて 1 日合計 20 mg まで
	ブロナンセリン 貼付剤	貼付剤 鎮静作用は非常に弱い	内服困難時 興奮が強くない場合	20 mg	40 mg	頓用設定困難のため、レジメン A (内服可能時) の中から選択するか、レジメン B に進む

MARTA : multi-acting receptor-targeted antipsychotics

[厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業) がん関連苦痛症状の体系的治療の開発と実践および専門的がん疼痛治療の地域連携体制モデル構築に関する研究 (22EA1004) 班, がん緩和ケアと地域連携 (<https://www.jigyoku.com/cancer-pain-symptom-management/index.html>) より引用]

表 24 治療レジメン B

ステップ 1	①抗精神病薬にベンゾジアゼピン系薬を追加				
	薬剤名	剤形	開始量の目安	最大量の目安	
	ジアゼパム坐剤	坐剤	6 mg	1 回 10 mg を 1 日 2~3 回	
	プロチゾラム OD	口腔内崩壊錠	0.25 mg	0.25 mg	
	プロマゼパム坐剤	坐剤	3 mg	1 回 3 mg を 1 日 2~3 回	
	ロラゼパム	錠剤	0.5 mg	1 回 0.5 mg を 1 日 2~3 回	
	②抗精神病薬をクロルプロマジンに変更*	12.5 mg	1 回 25 mg を 1 日 3 回		
ステップ 2	フェノバルビタール坐剤*	50~100 mg	1 回 100 mg を 1 日 2 回		
ステップ 3	専門家にコンサルトのうえ、医療・ケアチームで相談して持続鎮静を検討する*				

*使い慣れない場合は専門家にコンサルテーションする

[厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業) がん関連苦痛症状の体系的治療の開発と実践および専門的がん疼痛治療の地域連携体制モデル構築に関する研究 (22EA1004) 班, がん緩和ケアと地域連携 (<https://www.jigyoku.com/cancer-pain-symptom-management/index.html>) より引用]

「せん妄」とはどのような症状ですか？

- 体調が悪い
- 手術の後
- 新しくすりがからだに合わない
- 50～70%の方は、治療により回復します

などの原因で
一定の期間
意識が混乱する
ことです



「せん妄」のときは、患者さんにこのような変化があります

(すべての方に見られるわけではありません)

- 場所や時間の感覚が鈍くなる
 - ・ いる場所や、今日が何月何日かわかりにくい
 - ・ 昼や夜の区別や時間が分かりにくい
 - ・ 病院にいるか自宅にいるかわからない

- 幻覚がみえる
 - ・ 実際にはないものが見える
 - ・ 「部屋の中に虫が見える」
 - ・ 「誰かが部屋の外に立っている」



- 昼と夜の感覚が鈍くなる
 - ・ 眠る時間と起きる時間が不規則になる
 - ・ 昼間眠って、夜に眠れない



- 落ちつきがない
 - ・ 何度もベッドから起き上がる
 - ・ くりかえし、どこかへ行こうとする
 - ・ 転んでしまう

- 話していることのつじつまが合わない
 - ・ 過去のことを今のこのように話す
 - ・ 現実とは違うことを話す

- 怒りっぽくなり、時には荒っぽくなる

- からだについている治療のための管を「知らずに」抜いてしまう



治療の目標は

- せん妄状態がなくなる
- 意識はやや混濁しているが、落ち着かない様子がやわらぎ、夜は眠れている

治療は、

 月 日

3～7日ごとに見直します



これからの 過ごし方 について



つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき

このような状態をせん妄といいます

どうしてこんなことがおこるのでしょうか？

酸素が少なくなったり、
肝臓や腎臓の働きが悪くなって
有毒な物質が排泄されなくなるので、
脳が眠るような状態になるからです。



興奮が激しいときは
お薬を使うことで
ウトウトしてきます。

7割の方は自然とウトウト
されるようになります。



●がんが進行した方の70%以上におこります。

- *「くすり」や「麻薬」が原因であることは多くありません。
- *体の痛みが強すぎて興奮状態になるものではありません。
- *患者さんの心が弱かったり、性格が原因ではありません。
- *精神病や認知症（痴呆）や「気がおかしくなった」ではありません。

ご家族もつらいお気持ちになられると思います

例えばこのようなお気持ちを感ずる方もいらっしゃると思います。



ひとりでお考えごまかすに、そばにいる誰かにお気持ちをお話してください。
医師や看護師にいつでも相談してください。

ご家族はこんなふうにしてあげてください

何が話しているがよく分からない

●どのようなことを話そうとしているのか想像してみてください。本当にあった言のこ、今気がかりになっていることやしてあげたいこと、あるいは口の濁さやトイレに行きたいと伝えようとしていることもあります。



●言葉や場所が分かりにくくなることは多いですが、ご家族のことが分からなくなることはめったにありません。

●つじつまが合わない時は、患者さんの言うことを否定せずにつきあい、安心できるような会話をしてください。「間違いを正す」ことは患者さんを傷つけることがあります。

そばで何をしていたか分からない… 話ができないことがつらい…

●音の通り声がかたたり、静かに足をマッサージしたり、ただ部屋の中でご家族とお話されている声が届くだけでも患者さんはホッとされることが多いです。



疲れてクタクタになってしまった…

●まず、あなた自身が休めるような工夫を看護師とご相談ください。他のご家族にも協力してもらいましょう。看護師もお手伝いします。

●日中患者さんが休まれているときは、それに合わせてお休みください。

興奮状態になるとどうしていいのかわからない

- すぐに看護師をお呼びください。
- 看護師は口の濁さや排泄などの不慣れなことがないかを確認して対応します。
- 何かお薬が必要が相談します。お薬には、ウトウトできるくらいのもので、完全に眠れるものまで段階がありますので、ご意向と状態をみて決めます。



自分が決めることが負担だ…

●「患者さんが以前に望まれていたこと」でご存知のことをお教えください。ご家族に全て決めていただく必要はありません。いっしょに相談して一番よいと思えることをしていきましょう。

ご清聴ありがとうございました

