

# 低活動性せん妄

「静かなせん妄」を見逃さない

H

過眠

Y

注意力

P

受動性

O

摂取低下

D

昼夜逆転

今村久司

# この動画で学べること

1 低活動性せん妄がなぜ見逃されるのか — その構造的理由

2 「HYPO-D」で覚える臨床的特徴

3 うつ病・認知症・アパシーとの鑑別ポイント

4 「DELIRIUM」で原因を系統的にチェック

5 非薬物療法を中心とした実践的治療

# なぜ低活動性せん妄は見逃されるのか

1

## 「困る」行動がない

興奮もナースコールもない  
→ 「おとなしい患者」と  
評価

2

## 他の病態と誤認

うつ病・認知症の進行  
疲労・鎮静薬の残効と解  
釈

3

## スクリーニング不足

一般病棟でCAMの定期使用  
が普及していない

見逃しの代償: 入院期間延長 / 機能予後悪化 / 死亡率上昇

# せん妄のサブタイプ — 低活動型が最多

過活動型

15-25%

興奮・攻撃性  
幻覚・不穏

低活動型

40-50%

無関心・傾眠  
動作緩慢・食欲低下

混合型

30-40%

過活動と低活動が  
交互に出現

低活動型は最も頻度が高いのに、最も認識率が低い

高齢者・終末期・術後で特に多い

過活動型の認識率 >> 低活動型の認識率

DSM-5 (2013) でサブタイプ分類が正式導入

# 臨床像 — 「HYPO-D」で覚える

H

**Hypersomnia**

過眠・傾眠

日中うとうと、覚醒が鈍い

Y

**Yielding attention**

注意力低下

会話が続かない、質問に答えられない

P

**Passivity**

受動性・無関心

自発的な動きが減少

O

**Oral intake decline**

経口摂取低下

食事量の急激な低下

D

**Day-night reversal**

昼夜逆転

夜間不眠、日中傾眠

最重要: これらが「急性に」出現し「日内変動」があること → せん妄を疑う

# 鑑別診断 — うつ病・認知症・アパシーとの違い

	低活動性 せん妄	うつ病	認知症	アパシー
発症	急性 (時間～日)	亜急性 (数週間)	緩徐 (月～年)	緩徐～ 亜急性
日内変動	著明 (夕～夜増悪)	朝方増悪	軽度	一定
注意障害	高度 (中核症状)	軽度	初期は保持	軽度
意識	変動あり	清明	清明	清明

「入院してから急にぼけが進んだ」 = 低活動性せん妄を強く疑う

# 原因検索 — 「DELIRIUM」で系統チェック

<b>D</b>	<b>Drug</b> 薬剤	抗コリン薬、ベンゾ、オピオイド、H2B
<b>E</b>	<b>Electrolyte</b> 電解質	Na異常、Ca異常、低血糖、高血糖
<b>L</b>	<b>Lack of sleep</b> 睡眠障害	不眠、睡眠覚醒リズム障害
<b>I</b>	<b>Infection</b> 感染症	尿路感染、肺炎、胆管炎、敗血症
<b>R</b>	<b>Retention</b> 排泄障害	尿閉、便秘
<b>I</b>	<b>Intracranial</b> 頭蓋内	脳卒中、硬膜下血腫、てんかん
<b>U</b>	<b>Undernutrition</b> 低栄養	脱水、VitB1欠乏、腎不全、肝不全
<b>M</b>	<b>Myocardial</b> 心肺	心不全、低酸素血症、呼吸不全

最優先: 原因薬剤 (抗コリン薬・ベンゾジアゼピン) の中止・変更

# 治療 — 非薬物療法が柱

1

## 不快刺激の除去

身体抑制の回避、不要なカテーテル除去

2

## 見当識の維持

カレンダー・時計、入院目的の繰り返し説明

3

## 感覚入力の最適化

眼鏡・補聴器・義歯の使用、疼痛管理

4

## 早期離床

座位→立位→歩行の段階的リハビリ

5

## 睡眠衛生

夜間処置の最小化、日中覚醒の促進

6

## 栄養・水分

脱水補正、栄養管理、口腔ケア

エビデンス: 多職種包括的介入でせん妄発症率を**30~40%低減** (HELP試験)

# 薬物療法 — トラゾドンが第一候補

## トラゾドン 25mg（眠前または夕食後）

- 5-HT<sub>2A</sub>受容体拮抗 → 睡眠覚醒リズム改善
- 抗コリン作用が少ない → せん妄を悪化させにくい
- ベンゾジアゼピン系からの切り替え先として有用
- 「不眠時指示をトラゾドンに変更するだけでも予防と治療に」

### ラメルテオン

予防エビデンスあり

メラトニン受容体作動薬

### スボレキサント

不眠対策

オレキシン受容体拮抗薬

### 抗精神病薬

低活動型への使用は限定的

2024 APA GL: 効果限定的～なし  
高齢者の死亡率上昇リスク

原則: 低活動型に抗精神病薬は使わない。薬物より原因除去と非薬物療法を優先

## まとめ — 「静かだから大丈夫」ではない

- 1 低活動性せん妄は全体の約50% — 最多かつ最も見逃されやすい
- 2 「HYPO-D」の急性変化を見たらせん妄を疑い、CAMでスクリーニング
- 3 鑑別のカギ: 発症速度・日内変動・注意障害の程度
- 4 「DELIRIUM」で原因を系統的に検索し、除去する
- 5 治療の柱は非薬物療法。薬物はトラゾドン 25mgが第一候補
- 6 多職種包括的介入で発症率を30~40%低減できる

ご視聴ありがとうございました

# 参考文献

1. APA. DSM-5. 2013.
2. 日本サイコオンコロジー学会. せん妄ガイドライン 2022.
3. Kiely DK, et al. J Am Geriatr Soc. 2009;57(1):55-61.
4. Meagher DJ, et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2008;20(2):185-93.
5. Maldonado JR. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21(12):1190-222.
6. 矢吹拓. 内科病棟診療の極意 第13回. 金芳堂.
7. Inouye SK, et al. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-8.
8. Ely EW, et al. Crit Care Med. 2001;29(7):1370-9.
9. APA. Practice Guideline for Delirium. Am J Psychiatry. 2024.
10. NICE CG103. Delirium guideline. 2023 update.
11. Inouye SK, et al. HELP. N Engl J Med. 1999;340(9):669-76.
12. PADIS Guidelines 2018; 2025 focused update.