

せん妄の評価と対応 研修資料

——3タイプを見分け、低活動型を見逃さず、チームで対応を揃えるためのワークブック

出典：臨床ナースラボ「せん妄の評価と対応 | 3タイプの見分け方・見逃しやすい低活動型・チームで揃えたい判断基準」より作成

推奨研修時間：45～60分（解説20分＋演習15～20分＋振り返り10～15分）

学習目標（Learning Objectives）

この研修資料を終えたとき、受講者は次の3つができるようになります。

- ✓ せん妄・不穏・認知症の違いを**自分の言葉で説明**できる
- ✓ 3タイプの特徴と**低活動型の見逃しリスク**を判断できる
- ✓ 原因検索→非薬物的介入→**SBARでの報告**まで一連で動ける

使い方（教育担当者向け）

レベル	対象	内容	推奨時間
Lv1	新人～2年目	基本確認（用語・3タイプ・CAM）	8～12分
Lv2	中堅以上	事例ベースの判断問題（鑑別・原因検索・抑制）	10～15分
Lv3	リーダー候補・全レベル	報告・連携（SBAR適用）	10～15分

- 新人研修**ではLv1まで、**中堅研修**ではLv2まで、**プリセプター研修・チーム勉強会**ではLv3まで使ってください
- 解答解説は資料の最後にまとめてあります。**先に問題を解いてから解説を読む**形で運用すると効果的です
- 個人学習でも、チーム勉強会でも使えます



表紙イメージ（タイトル＋看護師イラスト）

第1部：要点まとめ

1. なぜ「せん妄を見抜く力」が必要なのか

「夜中に急に暴れ出した」「点滴を抜いてしまった」——こうした場面で、「**不穏だね**」「**認知症が進んだのかな**」で片づけていないでしょうか。

派手な過活動型は目立つので気づかれます。問題は**低活動型**です。「最近おとなしい」「ぼーっとしてる」「食事が進まない」——この変化に気づけないと、せん妄は「**ただの元気のなさ**」として見過ごされていきます。

せん妄は**原因のある病態**であり、**改善可能な状態**です。「見逃す」ことは、改善のチャンスを逃すことと同じです。

そしてもう一つ。せん妄の判断は**スタッフによってバラつきが出やすい**——ある人は「不穏」、ある人は「せん妄」、ある人は「認知症の悪化」と書く。これではチームの対応が揃いません。

🔑 **ポイント**：せん妄研修の目的は「スコアを覚える」ことではなく、**チームで「気づきの言葉」と「対応の方針」を揃える**こと。

2. せん妄とは——注意・認知の急性変化、しばしば覚醒度変動を伴う

豆知識：「せん妄」の語源

せん妄は漢字で「譫妄」と書きます。「譫」はうわごとを言うこと、「妄」はつじつまの合わないことを意味し、「**うわごとを言い、混乱した状態**」を表しています。英語の delirium はラテン語の delirare（煙の敵から外れる＝正常な軌道から逸れる）が語源です。

せん妄は**注意と認知に急性の変化が起こり、しばしば覚醒度の変動を伴う**状態です。中心症状は次の4つ。

- ・ **急性発症**：数時間～数日で出現する（慢性的な進行ではない）
- ・ **注意力の障害**：会話中に集中が続かない、質問に対して的外れな返答をする
- ・ **日内変動**：症状が一日の中で変動する（特に夕方～夜間に悪化しやすい）
- ・ **意識レベルの変化**：覚醒度が変動する（過覚醒～傾眠）

表面的な行動（暴れる・大声を出す）に目が行きがちですが、**根底にあるのは注意・意識の障害**です。

🔑 **ポイント**：せん妄の本質は「**急に変わった**」＋「**注意が散る・続かない**」。派手な行動だけがせん妄のサインではない。

3. 「不穏」「夜間不穏」「認知症」との区別

現場で混同されやすい3つの言葉を整理します。

「不穏」「夜間不穏」は症状の記述であり、診断名ではない

用語	意味
不穏	落ち着かない状態を表す 症状の記述 。原因はせん妄・疼痛・不安・薬剤など様々
夜間不穏	夜間に落ち着かなくなる状態。せん妄・睡眠障害・環境要因など原因は様々
せん妄	注意と認知の急性変化 （しばしば覚醒度変動を伴う）。原因がある病態であり、評価と介入が必要

「不穏あり」と記録して終わるのではなく、「**なぜ不穏なのか**」を一段深掘りする——これが第一歩です。

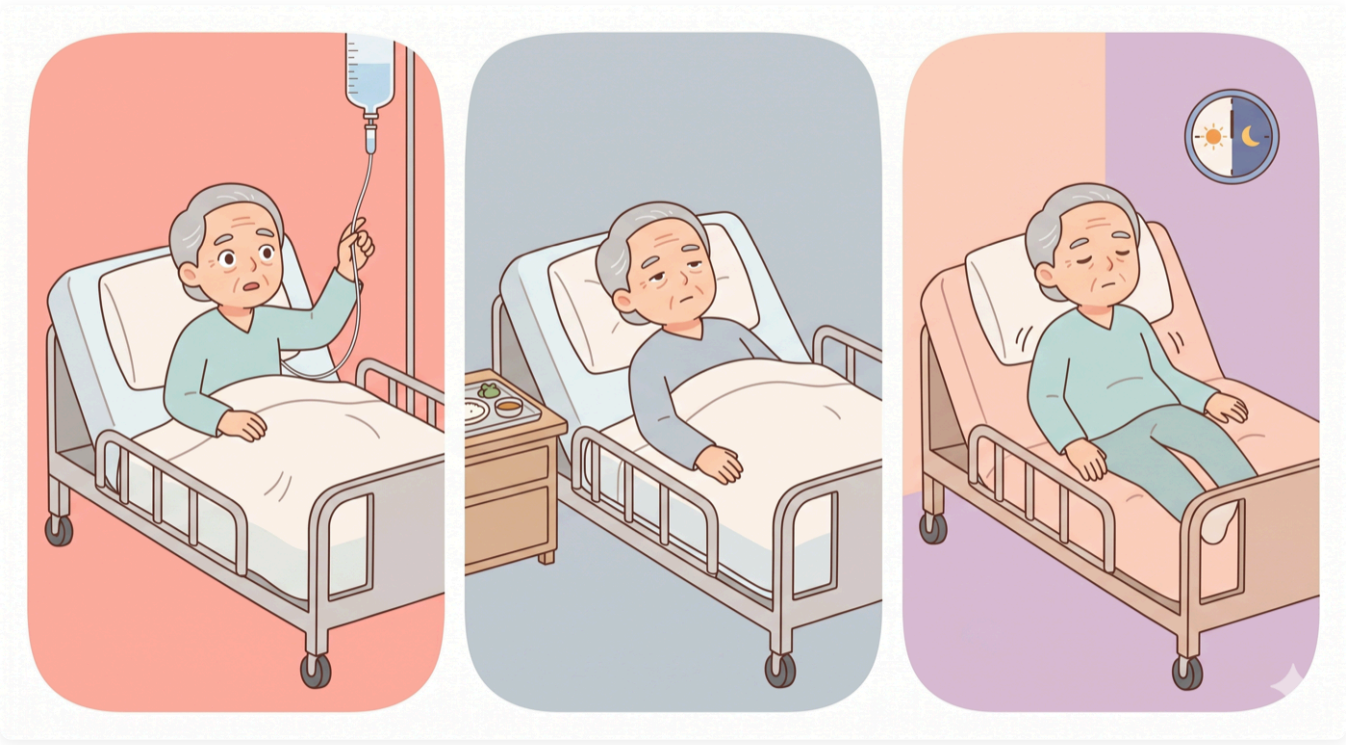
せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
発症	急性（数時間～数日）	緩徐（数ヶ月～数年）
経過	変動する（日内変動あり）	進行性（基本的に不可逆）
意識	障害あり（覚醒度が変動）	通常は清明
注意力	著しく障害	初期は保たれていることが多い
原因	身体疾患・薬剤・環境変化など	脳の器質的変化
可逆性	原因を除去すれば改善しうる	根本的な治癒は困難

特に注意したいのは、**認知症の患者さんがせん妄を合併すること**です。「もともと認知症があるから」で片づけず、**普段との急性の差**を見ることが鍵。

ポイント：「不穏」「認知症の悪化」で止まらず、「いつから」「何が変わったか」を確認する。記録は「不穏」ではなく「急性の意識・注意障害あり」と書けるようになる。

4. 3つのタイプ——過活動型・低活動型・混合型



せん妄3タイプの比較（過活動型・低活動型・混合型のイメージ）

過活動型——目立つから気づかれる

- ・ 興奮・幻覚・妄想・大声

- ・ 点滴やドレーンの**自己抜去リスク**
- ・ 転倒・転落のリスクが高い
- ・ 「問題行動」として目立つため、**気づかれやすい**

低活動型——最も見逃されやすい

- ・ 反応が鈍い、**ぼんやりしている**
- ・ 意欲・活動性の低下
- ・ 会話が減る、食事量が落ちる
- ・ **うつ状態**や「おとなしい患者さん」と混同されやすい

「昨日まで普通に会話できていた方が、今日はぼんやりしている」——この変化に気づけるかどうかが鍵。**目立たないからこそ、意識的に観察しないと拾えません。**

混合型——日内で揺れる

- ・ 過活動型と低活動型の症状が**交互に出現**
- ・ 日中はぼんやり → 夜間に興奮、というパターンが多い
- ・ 臨床で**最も多いタイプ**とされる

 **ポイント**：「暴れていないからせん妄ではない」は誤り。「**昨日と違う、おとなしい・反応が鈍い**」も立派なサイン。

5. リスク因子——「誰に起きやすいか」を予測する

せん妄は突然起こるように見えますが、多くの場合**リスク因子の重なり**で発症します。リスクを事前に予測しておく、**予防的介入**が可能になります。

準備因子（もともとのリスク）

- ・ **70歳以上**の高齢者
- ・ **認知症**の既往
- ・ **脳器質障害**（脳梗塞・脳出血の既往など）
- ・ せん妄の既往
- ・ アルコール多飲歴

誘発因子（入院中に加わるリスク）

- ・ **手術**（特に全身麻酔後）
- ・ **感染症**（肺炎・尿路感染など）

- ・ 脱水・電解質異常
- ・ 疼痛のコントロール不良
- ・ 環境変化（入院そのもの・ICU・個室⇄大部屋の移動）
- ・ 身体拘束
- ・ 睡眠障害
- ・ 便秘・尿閉

直接因子（薬剤の影響）

- ・ **ベンゾジアゼピン系**（デパス・レンドルミンなど）——一般的なせん妄患者には**第一選択にならない**（症状を悪化させるため）。ただし**アルコール離脱・ベンゾジアゼピン離脱**によるせん妄では例外的に第一選択となる
- ・ **オピオイド**
- ・ **抗コリン薬**
- ・ **ステロイド**

「夜に眠れないから」と安易にベンゾジアゼピン系の睡眠薬を使うと、**多くのせん妄患者では症状を悪化させるリスク**があります（アルコール離脱・ベンゾ離脱を除く）。「とりあえず眠剤」で対応する前に、**せん妄の可能性と背景の評価**が重要です。

 **ポイント**：「準備因子の多い人」＋「誘発因子の発生」＝**予測可能なせん妄**。入院時にリスク評価し、**チームで共有**するだけで早期発見の精度が変わる。

6. 評価とスクリーニング——「なんとなくおかしい」を言語化する

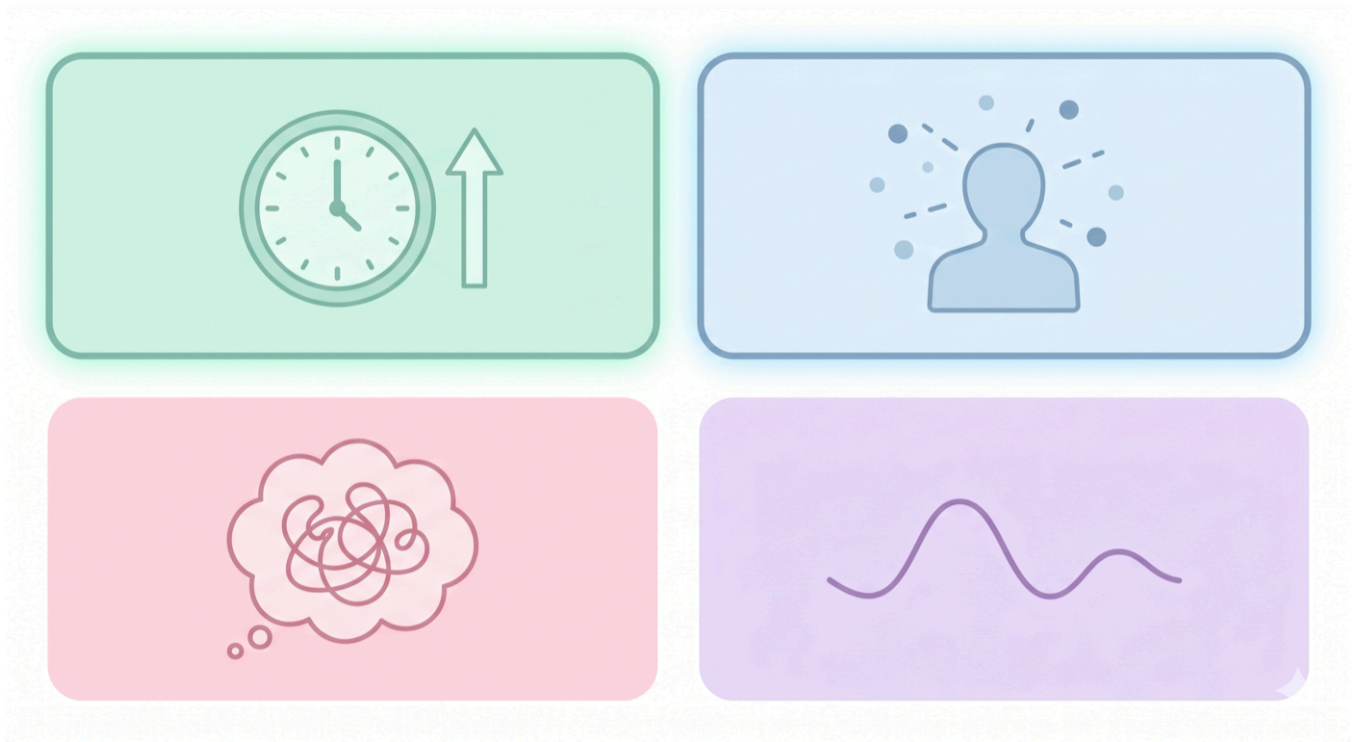
CAM（Confusion Assessment Method）の4項目

CAMは**せん妄の判定に広く使われる代表的な評価方法**です（施設によっては4ATなど他のツールも使用）。

項目	評価内容
① 急性発症・変動する経過	いつもと違う精神状態の変化が急に起きたか。症状が変動するか
② 注意力の障害	会話中に集中が続かない。質問に対して的外れな返答がある
③ 思考の混乱	話のつじつまが合わない。まとまりのない会話
④ 意識レベルの変化	過覚醒（興奮）または傾眠。通常と異なる覚醒状態

判定：①＋②が必須。さらに③または④があればせん妄の可能性が高い

CAMの肝は、①と②が必須であること。「急に変わった」＋「注意が落ちている」がせん妄の本質、と覚えるとシンプルです。



CAMの4項目フローと判定式（①＋②必須、③または④）

Nu-DESC（看護師向けスクリーニング）

Nu-DESC（Nursing Delirium Screening Scale）は、**看護師が日常のケアの中で使うこと**を前提としたツール。5項目（見当識障害・不適切な行動・不適切なコミュニケーション・幻覚・精神運動遅延）を0～2点で評価し、**合計2点以上でせん妄を疑います**。

日勤帯・夜勤帯ごとに評価でき、**経時的な変化を追やすい**のが特徴。

日常のケアの中で気づくポイント

スクリーニングツールを使わなくても、次の変化に気づけることが大切です。

- 昨日まで普通に会話できていたのに、**今日はぼんやりしている**
- **話のつじつまが合わない**（日時・場所を間違える）
- 夜間に**突然興奮した**、または**眠れなくなった**
- **点滴やモニターを気にして触る**、落ち着かない
- **食事量が急に減った**、表情が乏しくなった

いずれも「いつもと違う」という**変化**に気づくことがスタートです。

🔑 **ポイント**：CAMもNu-DESCも目的は「**気づきを言語化すること**」。「なんとなく変」を「①＋②あり」に翻訳できれば、報告も対応もブレない。

7. 対応——原因検索＋非薬物的介入＋身体抑制の考え方

まず原因を探す——せん妄は「原因のある病態」

「せん妄だからしかたない」ではなく、**改善可能な原因を探して介入する**ことが最も重要です。

確認すべき主な原因：

- **薬剤**：新しく始めた薬・増量した薬はないか。ベンゾジアゼピン系・オピオイド・抗コリン薬
- **感染症**：発熱・CRP上昇・尿路感染・肺炎
- **脱水・電解質異常**：飲水量・尿量・血液データ
- **疼痛**：痛みの訴えがないか（低活動型では訴えられないことも）
- **便秘・尿閉**：排便状況・膀胱の緊満
- **低酸素**：SpO2の確認

非薬物的介入——環境を整えて自然に導く



非薬物的介入の場面（カレンダー・時計・家族の写真など環境調整）

非薬物的介入は、せん妄の**予防にも対応にも有効**です。患者さんの世界を否定するのではなく、**環境を整えることで自然に落ち着ける方向に導く**——いわば「ナッジ」的なアプローチ。

- **見当識の支援**：カレンダー・時計・家族の写真を見える位置に。日時や場所を穏やかに伝える
- **光環境の調整**：日中はカーテンを開けて明るく。夜間は暗く静かに。睡眠-覚醒リズムを整える
- **早期離床**：日中の活動量を確保し、昼夜逆転を防ぐ
- **感覚の補助**：眼鏡・補聴器を日中に装着してもらう

- ・ **安心できるコミュニケーション**：ゆっくり、短い文で。患者さんの発言を否定しない
- ・ **家族の協力**：馴染みのある声や存在が安心感につながる
- ・ **入院時の事前説明**：リスクの高い患者さんご家族に、入院前や入院時に「せん妄が起こる可能性」「一時的な状態であること」「予防のために協力してほしいこと（面会・日中の声掛け・馴染みの物の持参）」を事前に伝えておくと、発症時の家族の動揺を軽減でき、予防的介入への協力も得やすい

薬物療法——看護師として知っておきたいポイント

薬物療法は医師の判断ですが、看護師として「なぜこの薬が出ているか」を理解しておくと、観察の視点が変わります。

薬剤	主な使われ方
ハロペリドール（セレネース）等の抗精神病薬	まず原因検索と非薬物的介入を行った上で、症状の緩和のために短期使用されることがある。 過鎮静や錐体外路症状 に注意して観察
ラメルテオン（ロゼレム）	メラトニン受容体作動薬。睡眠-覚醒リズムの調整に用いられることがあるが、 予防・治療効果の根拠は限定的。施設方針や主治医判断 による使用にとどめるのが堅実
スボレキサント（ベルソムラ）	オレキシン受容体拮抗薬。せん妄を悪化させにくい睡眠薬として用いられることがあるが、 根拠は限定的。施設方針や主治医判断 を基本とする

最重要ポイントは、**ベンゾジアゼピン系（デパス・レンドルミン等）は一般的なせん妄患者では第一選択にならないこと**（症状を悪化させるため）。ただし**アルコール離脱・ベンゾジアゼピン離脱**によるせん妄では例外的に第一選択となります。「眠れないから眠剤」の前に、**せん妄の評価→背景の把握→医師への相談→適切な薬剤選択**という流れを意識してください。

身体抑制をどう考えるか

せん妄の患者さんが点滴を抜こうとする、ベッドから降りようとする——こうした場面で身体抑制が選択されることがあります。

しかし、身体抑制は**せん妄を悪化させる因子**でもあります。抑制されることで興奮が増し、さらに抑制が必要になる**悪循環**に陥ることがある。

- ・ 抑制は**最終手段**であり、代替策を十分に検討した上で判断する
- ・ 抑制を行う場合は**施設の手順に従い、定期的に再評価**する
- ・ **「抑制しないためにどうするか」**をチームで話し合うことが大切

 **ポイント**：原因検索→非薬物的→（必要なら）薬物療法→（最終手段）抑制の順番を崩さない。「とりあえず抑制」「とりあえず眠剤」は、せん妄を悪化させる。

8. SBARで報告する——「不穏あり」を脱却する

SBARとは

医療現場で広く使われる**口頭報告のフレーム**です。「**今すぐ判断してほしい**」を伝えるための型。

項目	内容
Situation（状況）	何が起きているか
Background（背景）	患者の背景・既往・経過
Assessment（評価）	自分の評価・疑い
Recommendation（提案）	こうしてほしい

よくある「薄い報告」

「〇〇さんが暴れています。眠剤を使ってもいいですか？」

これでは医師は判断材料が足りません。「**不穏**」「**眠剤希望**」だけでは、せん妄なのか、痛みなのか、薬剤の影響なのか、何も分かりません。

文脈が伝わるSBAR報告

S：〇号室の〇〇さん、21時頃から急に落ち着かなくなり、点滴を触ろうとしています

B：本日午前に腹部手術から戻られた方で、日中は普通に会話できていました。リスクとして高齢・術後・睡眠リズムの乱れがあります

A：話のつじつまが合わず、注意も続きません。**CAMの①急性発症と②注意障害があり、せん妄の可能性**を考えています。バイタルは安定。痛みはNRS 3、排尿は2時間前にあり

R：**せん妄を念頭においた指示**をいただけますか。ベンゾ系睡眠薬は避けたほうがよさそうです



SBARの4要素を表す図（夜勤帯に医師に電話している看護師のイメージ）

報告で外せない3要素

1. **いつから**（急性発症の有無）
2. **何が変わったか**（注意・意識・行動の変化）
3. **せん妄の可能性に触れる**（評価を言語化）

🔑 **ポイント**：「不穏あり、眠剤希望」では動かない。「**急性に変わった・注意が散る・せん妄を疑う**」と伝えると、医師が動ける。

第2部：確認テスト

解答は資料の最後（解答解説）にあります。先に解いてから答え合わせをしてください。

Lv1：基本確認（新人～2年目向け）

各5問・選択式中心。所要時間8～12分。

Q1-1. せん妄の中心症状として最も適切なものはどれか。

a. 緩徐に進行する記憶障害 b. 注意・認知の急性変化（しばしば覚醒度の変動を伴う） c. 慢性的な抑うつ気分 d. 持続する幻覚妄想

Q1-2. せん妄と認知症の鑑別で最も重要な点はどれか。

a. 年齢 b. 性別 c. 発症の急性さと意識レベルの変動 d. 既往歴の有無

Q1-3. 3タイプのうち、見逃されやすいのはどれか。

a. 過活動型 b. 低活動型 c. 混合型 d. すべて同等に見逃されやすい

Q1-4. CAM（Confusion Assessment Method）の判定で**必須となる2項目**の組み合わせはどれか。

a. 急性発症・変動経過 + 思考の混乱 b. 急性発症・変動経過 + 注意力の障害 c. 注意力の障害 + 意識レベルの変化 d. 思考の混乱 + 意識レベルの変化

Q1-5. 一般的なせん妄患者では**第一選択にならない**（症状を悪化させうるため避けるのが原則）とされる薬剤はどれか。

a. アセトアミノフェン b. ベンゾジアゼピン系睡眠薬 c. メラトニン受容体作動薬（ラメルテオン） d. ビタミン剤

Lv2：判断問題（中堅以上向け）

各5問・事例ベース。所要時間10～15分。

Q2-1. 78歳女性。3日前に肺炎で入院。日中、ぼんやりして反応が鈍く、会話が減り、食事量も低下している。家族は「うつっぽくなった」と心配している。最も適切な対応はどれか。

a. うつ状態と判断し、精神科コンサルトを依頼する b. 「おとなしい患者さん」として経過観察する c. **低活動型せん妄**の可能性を考え、急性発症・注意障害・原因（感染・脱水・薬剤）を評価する d. 認知症の進行と判断し、家族に説明する

Q2-2. 中等度認知症のある85歳男性。尿路感染で入院。入院翌日から夜間に興奮し、点滴を触る。「もともと認知症だからしかたない」と申し送られた。看護師として最も適切な対応はどれか。

a. 認知症の悪化として、家族にそのまま伝える b. **急性の変化＋発熱や尿路感染という誘発因子の存在**から、認知症にせん妄が合併した可能性を考え、原因介入と非薬物的対応を行う c. 抑制を最初に提案する d. ベンゾジアゼピン系の睡眠薬を医師に依頼する

Q2-3. 術後3日目の72歳患者。夜間に急に落ち着かなくなり、点滴を触ってそわそわしている。最初に確認すべきこととして適切でないものはどれか。

a. 痛みの有無と程度 b. 排尿状況（尿閉の有無） c. 排便状況（便秘の有無） d. 患者の生命保険の加入状況

Q2-4. 75歳のせん妄リスクの高い患者（術後・高齢・軽度認知症）が「夜眠れないので眠剤がほしい」と訴える。看護師の対応として最も適切なものはどれか。

a. 希望通りベンゾジアゼピン系睡眠薬を医師に依頼する b. 我慢してもらう c. **せん妄リスクと薬剤の影響を踏まえ、まず非薬物的介入（光・音・環境調整）を行い、必要時はベンゾ系を避けた薬剤を医師と相談**する d. 患者の希望を最優先し、即時投薬を進める

Q2-5. 過活動型せん妄の患者が点滴を抜こうとしている。身体抑制についての判断として最も適切なものはどれか。

a. 安全のため、まず最初に抑制する b. **抑制はせん妄を悪化させる因子でもあるため最終手段とし、代替策（家族の付き添い・点滴ラインの工夫・見当識支援・環境調整）を先に検討**する c. 抑制は禁忌なので一切行わない d. 抑制した上で、再評価は行わない

Lv3：報告・連携（リーダー候補・全レベル向け）

各5問・SBAR適用。所要時間10～15分。

Q3-1. 以下の状況をSBAR形式（S・B・A・R）で報告文を作成してください。

患者：72歳男性、本日午前到大腸切除術を施行。術後21:00、急に落ち着かなくなり、点滴ラインを触る。日中は普通に会話できていた。話のつじつまが合わず、質問への返答が的外れ。バイタル安定、痛みNRS 3、排尿は2時間前にあり。

（解答欄）

- S：
- B：
- A：
- R：

Q3-2. 「〇〇号室の〇〇さん、不穏です。眠剤いいですか？」という報告を、**せん妄の可能性を含めた報告**に書き換えてください。最低限含めるべき3要素を踏まえて作成してください。

(解答欄)

Q3-3. 以下の所見は「即報告」「次回検温時報告」「申し送り時報告」のどれに分類されるか。それぞれ理由とともに答えてください。

A. 術後1日目、夜間に急に興奮、点滴を自己抜去しようとしている。話のつじつまが合わない B. もともと認知症のある患者。普段から夕方そわそわする傾向があり、今日もいつも通り。バイタル安定 C. 日中ぼんやりして食事が低下傾向。普段との差が不明（申し送りに記載なし）。バイタル安定 D. リスクの高い高齢患者にベンゾジアゼピン系睡眠薬が処方され内服後、混乱と不穏が出現

Q3-4. **低活動型せん妄**を発見した時のSBAR報告を作成してください。患者は82歳女性、誤嚥性肺炎で入院4日目。日中ずっと傾眠傾向、声かけへの反応が鈍く、食事量が半減。CAMでは「急性発症」「注意障害」あり。

(解答欄)

- S：
- B：
- A：
- R：

Q3-5. ご家族から「父が急にボケてしまった、どうしよう」と泣きながら訴えられました。患者は手術後3日目で、せん妄を発症しています。**家族への説明文**を作成してください。最低限含めるべき4要素を意識してください。

(解答欄)

第3部：解答解説

Lv1 解答

問	正解	解説
Q1-1	b	せん妄の中心は「 注意と認知の急性変化 」＋「 しばしば覚醒度の変動 」。記憶障害（緩徐）は認知症、抑うつはうつ病、持続する幻覚は精神疾患のイメージ
Q1-2	c	鑑別で最も決定的なのは 発症の急性さと意識レベルの変動 。認知症は緩徐進行・意識清明、せん妄は急性発症・意識変動
Q1-3	b	低活動型は「ぼんやり・反応鈍い・意欲低下」で、うつや「おとなしい患者」と混同されやすく、 最も見逃されやすい 。臨床的に最多は混合型
Q1-4	b	CAMは「①急性発症・変動経過＋②注意力障害」が 必須 。さらに③思考混乱または④意識レベル変化があればせん妄の可能性が高い
Q1-5	b	ベンゾジアゼピン系 は一般的なせん妄患者では第一選択にならない（症状を悪化させうる）。ただし アルコール離脱・ベンゾジアゼピン離脱 によるせん妄では例外的に第一選択。「眠れないから眠剤」の前に背景の確認を

Lv2 解答

Q2-1（正解：c）

「ぼんやり・反応が鈍い・会話が減る・食事量が落ちる」は**低活動型せん妄の典型像**。「うつ」「おとなしい患者」と混同されやすいが、**急性発症**と**注意障害**を確認することで鑑別できる。背景に肺炎（誘発因子）があり、せん妄を疑う閾値はむしろ下げるべき場面。「経過観察」「うつ」と早期に決めつけず、**原因（感染・脱水・薬剤・酸素化）の評価**から始める。

Q2-2（正解：b）

「もともと認知症だから」で片づけるのは、**認知症患者のせん妄合併**を見逃す典型パターン。**急性の変化（夜間の急な興奮）**と**誘発因子（尿路感染・入院）**が揃っているなら、せん妄合併を疑い、**原因介入と非薬物的対応**を優先する。抑制やベンゾ系睡眠薬の安易な選択はせん妄を悪化させるリスクがある。

Q2-3（正解：d）

せん妄の原因検索は**可逆要因**から優先する：薬剤・感染・脱水・**疼痛・便秘・尿閉**・低酸素・電解質異常。生命保険は無関係。「急に落ち着かない＝せん妄」と決めつける前に、まず**身体的な引き金**を消しに行く。

Q2-4（正解：c）

「リスクの高い患者」＋「ベンゾ系」の組み合わせは**せん妄を悪化させる典型**。希望通り出すことが優しさではなく、**安全な対応を提案する**のがプロの判断。まず**非薬物的介入**（光・音・環境調整・見当識支援）、薬剤が必要ならラメルテオン・スボレキサントなど**せん妄を悪化させにくい薬剤**を医師と相談する。

Q2-5（正解：b）

身体抑制は**せん妄を悪化させる因子**でもある。安全のためにすぐ抑制、ではなく、**代替策を尽くしてから最終手段**として検討する。家族の付き添い、点滴ラインの工夫（袖の中に通す等）、見当識支援、環境調整、必要時の薬物療法——これらを先に試す。抑制する場合も**施設手順に従い、定期的に再評価**して、外せるタイミングを逃さない。

Lv3 解答例

Q3-1 解答例（術後夜間のせん妄 SBAR）

S：〇号室の〇〇さん、21:00から急に落ち着かなくなり、点滴ラインを触っています

B：72歳男性、本日午前の大腸切除術後の患者さんです。日中は普通に会話できていました。リスクとして高齢・術後・環境変化があります

A：話のつじつまが合わず、質問への返答も外的外れです。**CAMの①急性発症と②注意障害があり、せん妄の可能性**を考えています。バイタル安定、痛みNRS 3、排尿2時間前にあり、便秘や尿閉は今のところなさそうです

R：**せん妄を念頭においた指示**をお願いします。ベンゾ系睡眠薬は避けたほうがよいと思います。鎮静が必要であれば、せん妄を悪化させにくい薬剤を検討いただけますか

ポイント：①急性発症の明示／②CAMで評価していることを言語化／③可逆要因（痛み・排尿）の確認結果も添える。「不穏」ではなく「**せん妄の可能性**」と伝える。

Q3-2 解答例

「不穏／眠剤希望」を、せん妄の可能性を含めた報告に書き換える。最低限の3要素は：

- ・ **いつから**（急性発症の有無）
- ・ **何が変わったか**（注意・意識・行動の変化）
- ・ **せん妄の可能性を明示**（評価の言語化）

例：「〇号室の〇〇さん、**21時頃から急に**落ち着かなくなり、点滴を触っています。**日中との比較で話のつじつまが合わず、注意が続きません。**CAMで①急性発症と②注意障害あり、**せん妄の可能性**を考えています。バイタル安定、痛み・排尿・排便はチェック済みです。**せん妄を念頭においた指示**をいただけますか」

ポイント：「不穏」「眠剤希望」は医師に判断材料を渡せない。「**急性に変わった・注意が散る・せん妄を疑う**」が揃って初めて、医師は動ける。

Q3-3 解答

所見	分類	理由
A. 術後1日目、夜間に急に興奮、点滴自己抜去しそう、つじつまが合わない	即報告	過活動型せん妄を強く疑う場面。自己抜去のリスクが切迫しており、原因検索＋指示確認が必要
B. 認知症既往、いつも通りの夕方のそわそわ、バイタル安定	申し送り時報告	ベースラインからの変化なし。緊急性は低い。ただし「いつも通り」と判断した根拠（昨日との比較）は申し送りで明確に共有する
C. 日中ぼんやり・食事量低下、普段との差が不明	早めの確認＋報告	低活動型せん妄の典型像 。「分からないから様子見」にすると見逃しに直結する。 まずベースライン情報を集める （前日までの記録・前担当・家族からの聞き取り）。 急性変化が疑わしければ早めに報告 し、必要時はカンファレンスに上げる。「分からない」を「分かるまで動かない」にしないのが鍵
D. リスクの高い高齢患者にベンゾ系内服後、混乱と不穏が出現	即報告	薬剤性せん妄 を強く疑う。原因薬剤の中止判断は医師の指示が必要で、放置するとさらに悪化する

ポイント：「報告する／しない」だけでなく、「**いつ報告するか**」を判断するのもチーム共通言語の一つ。低活動型は静かに進むからこそ、「**分からない**」を理由に判断を遅らせない。ベースライン情報を取りに行く姿勢が見逃しを防ぐ。

Q3-4 解答例（低活動型せん妄 SBAR）

S：〇号室の〇〇さん、本今朝から**反応の鈍さと食事量低下**が目立ちます

B：82歳女性、誤嚥性肺炎で入院4日目です。入院時は会話可能、食事も全量摂取できていました。リスクとして高齢・感染症・入院があります

A：日中ずっと傾眠傾向、声かけへの反応が鈍く、食事量が半減しています。**CAMで急性発症と注意障害あり、低活動型せん妄の可能性**を考えています。バイタル安定、SpO2 95%、便秘は今朝解消、脱水傾向はやや疑わしいです

R：**せん妄評価と原因検索の指示**をお願いします。脱水・電解質・酸素化の確認、感染の悪化評価もご検討いただけますか

ポイント：低活動型は「**目立たないが昨日と違う**」を言語化することが核。「ぼんやりしている＝うつ／おとなしい患者」と片づけずに、**CAM②（注意障害）の確認**と**原因検索**にすぐ繋げる。

Q3-5 解答例（家族への説明）

家族説明の4要素：

1. **一時的な状態であること**（認知症が急に進んだのではない）
2. **原因があること**（手術後・薬の影響・感染など）
3. **改善が見込めること**
4. **家族の存在が助けになること**

例：「お父様は今、**せん妄という状態**になっています。これは認知症が急に進んだのではなく、**手術や入院をきっかけに一時的に起こる、注意や意識の障害**です。原因は手術後の身体的負担や環境の変化など色々ありますが、**多くの場合、原因に対応すれば数日～数週間で改善**します。ご家族の声を聞くことや、見慣れた写真・物があることはお父様にとって**大きな安心**になります。可能なときに面会していただき、ゆっくり穏やかにお話しいただけると、回復の助けになります。私たちも対応を統一してチームで支えていますので、不安なことがあれば何でも聞いてください」

ポイント：「急にボケた」と感じる家族の不安をまず受け止め、「**一時的・原因あり・改善見込み・家族の役割**」の4本柱で伝える。家族を「予防的介入のパートナー」として位置づけると、その後の協力も得やすい。

第4部：チームで使うためのワーク（任意・上級者向け）

研修の最後に、以下のディスカッションテーマで5～10分間、チーム内で話し合ってみてください。

ワーク①：「不穏」と書いていないか——記録の整理

- ・ 自部署の記録で、「不穏あり」で終わっている記載はないか？

- ・ 「不穏」と書く時、その**原因評価（せん妄／疼痛／不安／薬剤など）**まで踏み込めているか？
- ・ 「不穏」を「**急性の注意・意識障害あり**」「**CAM①②あり**」と書く文化に変えられないか？

ワーク②：入院時のリスク評価と予防的介入の共有

- ・ 自部署で**せん妄ハイリスク患者を入院時に評価**できているか？
- ・ 評価結果は**チーム全体で共有**されているか？（記録のどこに、誰が見られる形で）
- ・ リスクの高い患者に対して、**予防的な非薬物的介入**（光環境・面会調整・睡眠リズム）は標準化されているか？
- ・ ご家族への**入院時の事前説明**（せん妄の可能性・協力依頼）はできているか？

ワーク③：関わり方の方針は統一できているか

- ・ ある人は「怒る」、ある人は「寄り添う」——スタッフ間で**関わり方がバラついていないか？**
- ・ せん妄患者への声かけの方針は決まっているか？（ゆっくり・短い文・否定しない）
- ・ 「**とりあえず眠剤**」「**とりあえず抑制**」になっていないか？代替策を全員が言えるか？
- ・ **振り返り**（せん妄改善後に「原因は？気づきは？対応は？予防は？」）の場はあるか？

まとめ：チェックリスト

研修を終えた後、以下を実践できるか自己チェックしてみてください。

- ☐ せん妄・不穏・認知症の違いを自分の言葉で説明できる
 - ☐ せん妄の中心症状（急性発症・注意障害・日内変動・意識変化）を挙げられる
 - ☐ 過活動型・低活動型・混合型の特徴を説明できる
 - ☐ 「**低活動型は見逃されやすい**」ことを意識して観察できる
 - ☐ せん妄のリスク因子（準備・誘発・直接）を3カテゴリで挙げられる
 - ☐ CAMの4項目と判定式（①＋②必須、③または④）を覚えている
 - ☐ ベンゾジアゼピン系がせん妄を悪化させうると理解している
 - ☐ 原因検索（薬剤・感染・脱水・疼痛・便秘・尿閉・低酸素）を実行できる
 - ☐ 非薬物的介入（見当識支援・光環境・早期離床・家族）を実践できる
 - ☐ 身体抑制は最終手段であり、代替策を先に検討できる
 - ☐ SBARで「急性発症・注意障害・せん妄の可能性」を盛り込んで報告できる
 - ☐ 家族への説明で「一時的・原因あり・改善見込み・家族の役割」を伝えられる
 - ☐ 「不穏あり」で記録を終わらせず、原因評価まで踏み込める
 - ☐ チームで関わり方の方針を統一する意義を意識している
-

関連リソース

- **記事本文**：せん妄の評価と対応 | 3タイプの見分け方・見逃しやすい低活動型・チームで揃えたい判断基準
- **関連記事**：意識レベル評価（JCS・GCS）、末梢循環評価、疼痛スケールの使い分け
- **臨床ナースラボ**：<https://rinshonurselab.netlify.app/>

参考・根拠

- 日本サイコオンコロジー学会「がん患者におけるせん妄ガイドライン2022年版」
- 日本クリティカルケア看護学会「せん妄ケアリスト(Ver.1)」(2020)
- 国立がん研究センター DELTAプログラム（せん妄アセスメントシート）
- Inouye SK, et al. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.
- MSDマニュアル プロフェッショナル版「せん妄」
- 看護roo!「せん妄を早期に発見するには、どんなアセスメントツールが有用？」
- ナース専科「せん妄とは？ せん妄の症状と看護」

この資料は臨床ナースラボの記事をもとに作成された研修資料です。商用利用・自施設での研修利用は自由です。出典の明記をお願いします。ご意見・改善提案は臨床ナースラボまでお寄せください。