

# せん妄治療院内フォーミュラリ

監修 精神科リエゾンチーム、消化器内科、脳神経内科  
2026.4改訂 薬剤部 田中 伽歩、森良江  
\* ( )内は1錠,1A当たりの薬価 2026.4時点  
\* ( )内は1錠,1A当たりの薬価 2026.4時点

せん妄予防として眠前、不眠時指示はBZ系を漸減中止し、デエビゴorベルソムラに変更  
※抗不安目的のBZ系は継続可

## せん妄

原因探索  
直接因子(※1)を探索

薬物療法

非薬物療法

サブタイプ(※2)を確認

・低活動型せん妄

・過活動型せん妄  
・混合型せん妄

内服

不可  
・パーキンソン病(PD)  
・レビー小体型認知症(DLB)  
・重度心不全

・パーキンソン病(PD)  
・レビー小体型認知症(DLB)  
・重度心不全

・パーキンソン病(PD)  
・レビー小体型認知症(DLB)  
・重度心不全

※エビデンスレベルの高い推奨薬剤無し  
※エビデンスレベルの高い推奨薬剤無し

- せん妄の直接因子 (※1)
- 手術
  - 感染症 (直接侵される髄膜炎や肺炎、尿路感染症、肺炎、敗血症、インフルエンザなど)
  - 内科的疾患
    - 代謝性疾患・内分泌疾患 (糖尿病・肝・腎・甲状腺・副腎疾患など)
    - 低血糖
    - 低酸素
    - 電解質異常
    - 栄養障害 (低タンパク血症)
  - 薬物・アルコール

※2 サブタイプによる分類  
24時間以内に下記2項目以上の症状(発症前より認められる症状ではない)が認められる

過活動型せん妄	低活動型せん妄	混合型せん妄
運動活動性の量的増加	活動量の低下	24時間以内に活動型ならびに低活動型両方の症状が認められる
活動性の制御喪失	行動速度の低下	
不穏徘徊	会話速度の低下 状況認識の低下 会話量の低下	
	無気力	

その他 易怒性(◎)

**抑肝散**  
(¥16.1/包)  
夕：1包-  
・低Kないこと確認

**デパケンSy.5%**  
(¥10.9/mL)  
夕：200mg  
・低Pit  
・肝機能障害  
ないこと確認

**シクレスト  
舌下錠5mg**  
(¥174.4/錠)  
夕：1錠  
・嚥下困難  
・腸管が使用できない人に

幻覚<興奮・攻撃性  
易怒性(◎)

**クエチアピン錠25mg 0.5錠**  
(¥10.8/錠)  
眠前：1回12.5mg  
追加→1回12.5mg  
→1回25mg1錠(¥10.4/錠)  
不眠不穏時：1回10mg  
1日2回まで  
\*30分-1時間以上あけて

せん妄改善  
夜間不眠あり

**ペロスピロン錠4mg(¥6.3/錠)  
+デエビゴ錠5mg(¥69.5/錠) or  
+トラゾドン錠25mg(¥6.3/錠)**  
眠前1回各1錠  
※トラゾドンは高齢者12.5mgから  
12.5mg→25mg→50mg  
と漸増可

幻覚>興奮・攻撃性  
易怒性(△)

**ペロスピロン錠4mg**  
(¥6.3/錠)  
分1眠前：1回1錠  
追加→分2夕食後眠前  
不眠不穏時：1回1錠  
1日2回まで  
\*30分-1時間以上あけて

**ペロスピロン錠4mg**  
(¥6.3/錠)  
分1眠前：1回1錠  
追加→分2夕食後眠前  
不眠不穏時：1回1錠  
1日2回まで  
\*30分-1時間以上あけて

**リスパダール内用液**  
(¥25.00/mL)  
0.5mgより開始  
※不穏時頓服と合わせて  
2mgまで  
腎機能低下時は  
低用量から開始

**トラゾドン塩酸塩錠25mg**  
(¥6.3/錠)  
眠前1回各1錠  
※トラゾドンは高齢者12.5mgから  
12.5mg→25mg→50mg  
と漸増可

無効  
糖尿病

**クエチアピン錠  
25mg 0.5錠**  
(¥10.8/錠)  
眠前：1回12.5mg

**ハロペリドール注**  
(¥104/5mg/1mL/A)  
不眠不穏時：  
0.5A+生食50mL  
1日2回まで  
\*30分以上あけて

**アタラックスP注**  
(¥63.0/25mg/mL/A)  
不眠不穏時：  
1A+生食50mL  
1日2回まで  
\*30分以上あけて

無効  
せん妄悪化に注意  
(抗コリン作用)

**アリピプラゾール**  
3mg/3mL/包  
(¥48.3/包)  
3mg錠(¥6.3/錠)  
注)3mgまで  
過鎮静に注意

睡眠障害治療薬  
院内フォーミュラリ  
参照

**アタラックスP注**  
(¥63.0/25mg/mL/A)  
不眠不穏時：  
1A+生食50mL  
1日2回まで  
\*30分以上あけて

\*アルコール離脱せん妄が積極的に予測される場合  
内服可能時→ワイパックス錠1.0mg1.5-3錠分3  
or 肝障害無ければセルシン錠5mg3錠分3  
内服不可時→①ハリペリドール0.5A+生食50mL  
②ホリゾン注を5~20mg/分3~4で開始。  
改善すれば2~3日おきに漸減し中止。  
静注は呼吸抑制リスクある為、**筋注投与**  
\* BZ系薬剤は約1週間で漸減・中止  
\* ビタミンB1補充  
※重症筋無力症患者の場合、Bz系薬以外での対応 (眠剤や抗精神病薬)  
で危険行為を防いでいく。

## 精神科コンサルト

- 備考) > 1日毎に評価し改善がなければ薬剤の増量や変更を検討 > 数日間に渡りコントロール出来れば薬剤の漸減-中止を検討  
> 抗コリン作用のある薬剤に注意が必要な疾患 (重症筋無力症等) の場合、注射薬はアタラックスP、ハロペリドール以外での代替薬が無い場合、判断が難しい場合は精神科コンサルト  
> パーキンソン病薬の調節については必要に応じ、脳神経内科にコンサルト  
> ペロスピロンやアリピプラゾール、リスパダール使用時、PD,DLB患者で錐体外路症状悪化の可能性あり (パーキンソン病ガイドライン2018ではクエチアピン低用量が幻覚妄想に有効でパーキンソンニズム悪化を来しにくいと記載あり)