

《論文》

認知症高齢者等せん妄ハイリスク者に対するケア
－在宅療養における看護師および介護職による早期介入に関する一考察－

岩崎 房子

認知症高齢者等せん妄ハイリスク者に対するケア

－在宅療養における看護師および介護職による早期介入に関する一考察－

岩崎 房子

和文抄録：本稿は、これからの地域完結型医療を支え在宅医療を担ううえで中心的な役割を果たす看護師および介護福祉士等における、高齢者や認知症患者等のせん妄ハイリスク者に対するケアの重要性およびせん妄予防とその発症時のケアについて、文献研究により明らかにするとともに、これからの在宅医療を支えるための示唆を得ることを目的とする。

せん妄は、在宅医療現場においても発症する頻度が極めて高い症候群であるが、終末期などに出現する場合を除き、適切に診断・治療につながることで改善する。そのためには、医師による認知症やうつ病等との鑑別・診断と同様に、在宅療養に関わる看護師には、せん妄ハイリスク評価のスキルも求められる。このことは、早期からの予防ケアの実践を可能とし、せん妄の発症を未然に防ぐとともに、認知症の発症予防にもつながる。また、ケアを行ううえでは、在宅療養者の生活に関わる介護福祉士等との連携・協働が重要となる。

キーワード：せん妄ハイリスク、認知症、在宅療養、連携・協働

はじめに

せん妄は、老年神経医学領域においては、うつ病、認知症とともに重要な3大病態としてあげられている。入院患者におけるせん妄の有病率（米国精神医学会：2010）は、入院身体疾患患者10～30%、術後患者30～50%、終末期患者90%以上となっており、この数値は、入院患者の高齢化や認知症患者の増加などにより、今後さらに増加すると考えられている。

これまでせん妄といえば、落ち着きがなく暴れる、幻覚がある、などのイメージが強かったが、そのイメージは近年変化してきている。せん妄の機序については、心理的側面のみならず、薬剤の影響を含む身体的側面からの解明がなされてきている。また、海外のICU入院中の高齢患者におけるせん妄期間と予後に関する研究において、死亡率との関連があることが明らかになってきており、わが国においても、せん妄のスクリーニングの重要性が指摘されてきている（古賀2010：20）。このようにせん妄は、予後との関連とともに、QOLのうえでも多くの問題点を引き起こす。患者側の問題点としては、危険行動による事故・自殺、治療等の選択などに関する意思決定能力の低下、予後悪化との関連、疼痛評価の困難性などがあげられ、また、家族側の問題点としては、コミュニケーションの困難性などがあげられる。さらに医療スタッフ側には、医療スタッフの疲弊、入院期間の長期化などの問題点があげられている。

わが国は、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで継続できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的

に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めている。これを受けて、医療の形はこれまでの病院完結型医療から地域完結型医療へと移行していくこととなる。今後は、認知症高齢者や看取りも含めた在宅医療の展開による、住民の健康と安心安全を地域で支える医療システムの構築が求められている。

せん妄は入院患者のみならず、在宅医療現場においても発症する頻度が極めて高い症候群であるといわれている（北田2017:90）。これからの医療環境の変化を踏まえると、今後は地域において療養生活を送る、せん妄ハイリスク者である高齢者や認知症患者の増加が加速することは必至である。そのため、在宅療養患者に関わる看護師および在宅での日常生活支援を担う介護福祉士等においても、せん妄の予防や早期発見、早期ケアの実践、さらに家族の感情に配慮した支援ができるような知識やスキルを身に付けることが、さらなる超高齢社会を見据えるうえで重要な課題であると言える。

しかしながら、せん妄については、入院患者、とりわけICU入院患者を対象とした研究や文献は数多く存在するものの、在宅療養患者や介護職を含めて論じた文献は極めて少ない。

本稿は、これからの地域完結型医療を支える在宅医療を担ううえで中心的な役割を果たす看護師および介護福祉士等における、高齢者や認知症患者等のせん妄ハイリスク者に対するケアの重要性およびせん妄予防とその発症時のケアについて、文献研究により明らかにするとともに、これからの在宅医療を支えるための示唆を得ることを目的とする。

1. 高齢者のせん妄の病態と発症機序

せん妄とは、脳機能不全に基づく軽度から中等度の意識混濁、認知の変化を呈する症候群である。基本的特徴に意識障害があげられ、記憶障害や失見当識といった認知の変化を伴い、短期間に進行し、1日のうちでも変動する特徴がある（米国精神医学会2003：73）。長谷川ら（2014：422）は、「せん妄の多くは可逆性であり、適切な対応により数日から数週間で改善するが、治療介入しなければ、永続的な脳障害や死亡の転帰が予測される。患者が死亡する場合は、せん妄の基礎疾患が原因になることもあれば、まとまらない衝動的行動が原因になることもある。症候群であるせん妄の発症は、多要因性であり、背景（準備）因子、誘発因子、直接因子が関与している。」と述べている（図1・表1）。さらに、藤澤ら（2014：417）は、「高齢者のせん妄の多くは多要因である。個人のせん妄への脆弱性（準備因子）と有害な外的要因（誘発要因）が相互に複雑に影響しあって発症する。脆弱性の高い人、例えば、認知症患者には、通常ならばさして有害でない刺激（例：通常用量の睡眠薬）を引き金に容易にせん妄を発症する。逆に、健康な若年者では、全身麻酔、大手術、向精神薬の多剤併用、集中治療室（ICU）入院、睡眠剝奪などといった複数の大きな侵襲がない限りせん妄を発症することは少ない。このことは、一つの要因だけに対応してもせん妄が改善することが少なく、複数の要因に対する予防と治療が重要という意味で臨床的に重要である。」と述べている。

これらのことから、せん妄の発生には、単一でせん妄を起し得る直接因子が存在し、せん妄の準備状態となる準備因子、単独ではせん妄を起こさないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起し得る誘発因子が顕著（表2・表3）なほど、せん妄は発症しやすく、悪化や遷延化につながるといえる。

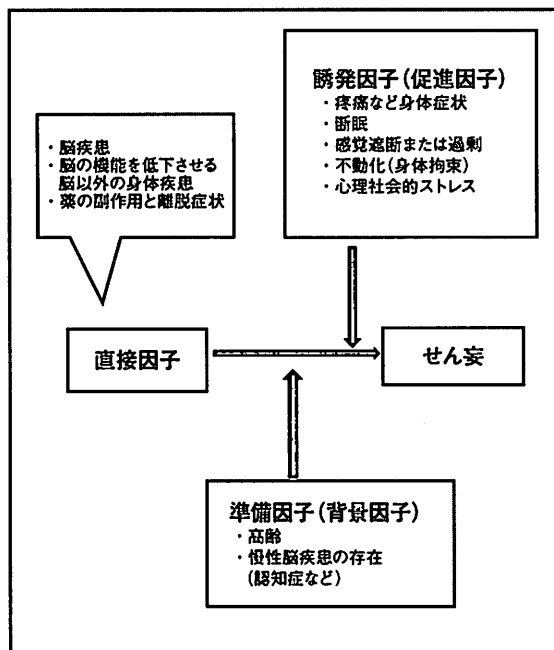


図1 せん妄の発症原因・要因
出典) 長谷川典子・池田学「認知症とせん妄」日老医誌、2014、P423.一部加筆.

表1 せん妄の発症要因

直接因子：単一でせん妄を起こし得る要因

- (1) 中枢神経系への活性を持つ物質の摂取
(抗コリン薬・ベンジゾジアピン系抗不安薬・睡眠薬・ステロイド・オピオイドなどの医薬品、アルコール、覚せい剤など)
- (2) 依存性薬物からの離脱
- (3) 中枢神経疾患
(脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍、感染症など)
- (4) 全身性疾患
(敗血症、血糖異常・電解質異常・腎不全・肝不全・ビタミン欠乏などの代謝性疾患、血液内分泌疾患、心筋梗塞・心不全などの循環器疾患、呼吸不全、貧血・DICなどの疾患、重度の外傷や熱傷、悪性腫瘍)

誘発因子：単独ではせん妄を起こさないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起し得る要因

- (1) 身体的要因 (疼痛、便秘、尿閉、脱水、ドレーンなどの留置、身体拘束、視力・聴力低下)
- (2) 精神的要因 (抑うつ、不安)
- (3) 環境変化 (入院、転居、明るさ、騒音)
- (4) 睡眠障害 (不眠、リズム障害)

準備因子：せん妄の準備状態となる要因

高齢、認知機能障害、重篤な身体疾患、頭部疾患既往、せん妄既往、アルコール多飲

出典) 北田志郎「せん妄」<http://www.zaitakiyryo-yuumizaidan.com/>

表2 せん妄の誘発因子

※数字はオッズ比を示す

	一般内科	外科 (非心疾患)	外科 (心疾患)	ICU
薬剤	多剤併用 2.9 向精神薬 4.5			鎮静薬/睡眠薬 4.5
身体拘束	3.2 ~ 4.4			
尿カテーテル	2.4			
BUN上昇	5.1			1.1
BUN/Cr比上昇	2.0	2.9		
Alb値異常			1.4	
Na、K、Glu異常値 (いずれか)		3.4		
代謝性アシドーシス				1.4
感染症				3.1
医原性イベント	1.9			
手術		動脈瘤 8.3 胸部 3.5		脳外科手術 4.5
外傷による入院				3.4
緊急入院				1.5
昏睡				1.8 ~ 21.3

出典) 藤澤大介・横尾実乃里「高齢者のせん妄の機序」日老医誌、51巻5号、2014、P418.

表3 せん妄の準備因子

※数字はオッズ比を示す

	一般内科	外科 (非心疾患)	外科 (心疾患)	ICU
認知症	2.3 ~ 4.7	2.8		
認知機能障害	2.1 ~ 2.8	3.5 ~ 4.2	1.3	
せん妄の既往		3.0		
機能障害	4.0	2.5 ~ 3.5		
視覚障害	2.1 ~ 3.5	1.1 ~ 3		
聴覚障害		1.3		
併存症/重症度	1.3 ~ 5.6	4.3		1.1
抑うつ	3.2		1.2	
TIAないし脳血管障害の既往			1.6	
アルコール使用障害	5.7	1.4 ~ 3.3		
≥75歳	4.0	3.3 ~ 6.6		1.1

出典) 藤澤大介・横尾実乃里「高齢者のせん妄の機序」日老医誌、51巻5号、2014、P418.

2. せん妄の臨床症状と診断および治療

粟生田 (2014) によれば、「せん妄の発症過程は、前駆症状からせん妄発症までにおおよそ1~48時間かかる。前駆症状には、精神運動行動の変化（落ち着きがない、多弁など）や感情の変化（表情が暗い、異様に機嫌がよいなど）があり、その後に明らかなせん妄症状へと移行する。発症の契機となるものには、身体拘束、家族の帰宅、病状の悪化、気がかりを抱えているなどが報告されている。初期の兆候である軽度意識障害を整理すると、①行動：多動で落ち着きがない、ライン類の自己抜去、②注意：つじつまの合わないことを言う、同じことを繰り返す、考えがまとまらない、③感情・意欲：表情がない、無感動あるいは異様にはしゃぐ、多弁、ぼっとしている、④記憶：説明を理解できない、すぐに忘れてしまうがある。治療上の困難を生じるせん妄患者の状態には、安静保持の困難、暴れる、騒ぐ、指示が入らない、眠らない、動き回る、引きこもるなどがある。」と述べている（粟生田2014：437）。また、せん妄発症時の主な症状には、記銘力障害・見当識障害、幻覚・妄想、易怒性亢進・興奮、不眠・活動性低下などがみられる。

なお、粟生田 (2014：439) は、せん妄症状の持続収束パターンには、4パターンあり（図2）、4つ目のパターンのように10日以上症状が持続し、症状がすっかりと消失しないパターンは、認知症がもともとあるケースにみられると報告している。

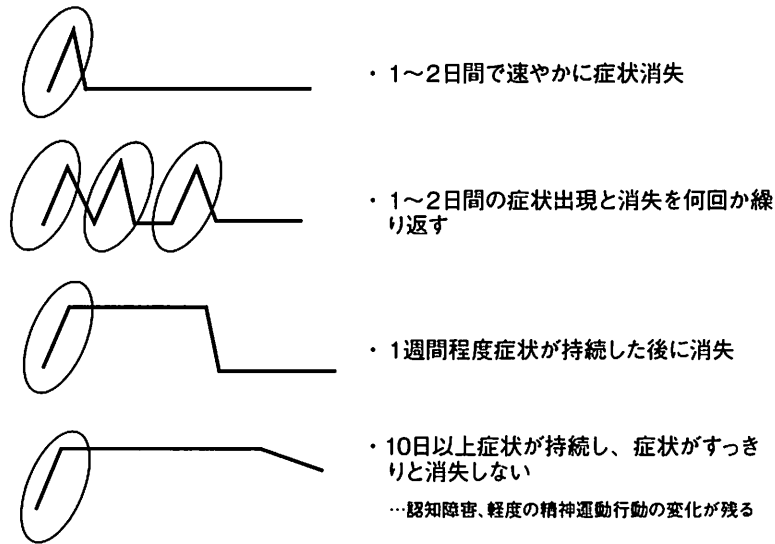


図2 せん妄症状の持続・収束パターン

出典) 栗生田友子「高齢者のせん妄のケア」日老医誌、2014、P439.

日本精神神経学会編（2014）『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』によるせん妄の診断基準は、表4のとおりである。これを要約すると、急性または一過性に経過し、軽度から中等度の注意障害と意識障害を背景に、様々な認知機能障害や精神症状を伴う症候群であると言える。なお、DSM-5では、せん妄の診断の際に「急性（数時間または数日続く）」か「持続性（数週間または数か月続く）」か、また「過活動型」「低活動型」「活動水準混合型」のいずれかを特定するよう求めている（表5）。

表4 せん妄の診断基準 (DSM-5)

A. 注意の障害（すなわち、注意の方向付け、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）。
B. その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もとな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。

出典) 日本精神神経学会編（2014）『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』

表5 せん妄の分類

過活動型せん妄	低活動型せん妄	活動水準混合型（混合性）せん妄
運動活動性の量的増加 活動性の制御喪失 不穏 徘徊	活動量・行動速度の低下 状況認識の低下 会話量の低下 無気力 覚醒の低下・ひきこもり	前2者の症状が1日のなかでも混同している

出典) 北田志郎（2017）「せん妄」『在宅医療テキスト』 勇美記念財団、P90. 一部加筆

前述のとおり、せん妄の症状には記憶力障害・見当識障害、幻覚・妄想、易怒性亢進・興奮、不眠・活動性低下などがみられるが、これらの症状は、せん妄以外に認知症や統合失調症、不眠症、うつ病の場合にも共通

する症状である。そのため、特に記銘力障害・見当識障害、幻覚・妄想、易怒性亢進・興奮のような症状がある場合は、認知症との鑑別が必要になり、鑑別されない場合には原因検索につながらない場合が多い（表6）。また、低活動型せん妄は、うつ病と間違われやすい。特に、低活動型せん妄患者、80歳以上の高齢患者、視覚障害のある患者、認知症のある患者では、せん妄症状の鑑別が難しく、見逃される危険がある。そのため、患者に何らかの精神症状を認めた際には、鑑別診断の筆頭にせん妄を置く必要があるといわれている（井上2017:3）。

また、高齢者が対象である場合の臨床において留意すべき点として、井上（2016:3）は、「準備因子は個体要因であるため、実際には改善が見込めない。そのため、準備因子における各項目に対して介入するのではなく、患者がせん妄ハイリスクかどうか判断（表3）するための、介入の指標として用いることが重要である。」と述べており、さらに長谷川ら（2014:422）は、「高齢者を対象とした臨床では、アルコール誘発性のみならず、薬剤性（特に、抗コリン作用をもつ薬剤、ベンゾジアゼピン系薬剤）の評価が重要である。また、せん妄は高齢者に頻度が高く、認知症との鑑別が重要となるが、認知症を合併することも多いため注意を要する。」と指摘している。

表6 せん妄と鑑別を要する疾患

せん妄の症状	誤った診断	誤った対応
記銘力障害・見当識障害 幻覚・妄想 易怒性亢進・興奮 不眠 活動性低下	認知症 統合失調症・認知症 認知症・(性格) 不眠症 うつ病	原因検索がされない 原因検索がされない 原因検索がされない ベンゾジアゼピン (BZ) 投与 抗うつ薬

出典) 井上真一郎「せん妄にどうアプローチするか」セミナー資料、2017、P3.

また、せん妄管理の基本方針について古賀（2010:22）は、「せん妄は、環境や心理的な問題のみならず、呼吸や循環・代謝異常・感染・炎症など全身性な生体反応や変化が、せん妄というかたちで現れている場合がある。つまり、せん妄を見逃すということは、潜在的な異常に対する早期発見・早期対処の機会を逸するということであり、全身状態の重篤化につながる可能性が高く、その結果、生命予後も低下する。せん妄による症状や二次的なトラブルだけに着目するのではなく、特に急性期領域においては、意識評価（中枢神経評価）を通じて全身状態を評価することが、せん妄管理の基本方針と考えられる。」と述べている。

このようにせん妄は、適切な対処により数日から数週間で改善するが、治療介入しなければ、脳障害や死亡の転帰が予測されるため、ハイリスクの評価、薬剤性の評価をはじめ、認知症やうつ病等との鑑別および診断が極めて重要である。診断はもちろん医師が行うが、せん妄患者に関わる専門職においては、せん妄ハイリスクの評価、せん妄の発症の有無、重症度等については認識しておく必要がある。

せん妄の治療は、非薬物療法が第一選択である。直接原因が身体疾患によるものであればその治療がなされ、薬剤が原因の場合には、可能であれば原因薬剤の減量または中止が検討される。同時に、せん妄を引き起こしている誘発因子の調整が必要となる。

3. 高齢者のせん妄と認知症

従来、認知症患者がせん妄を起こすことが多いため、せん妄は認知症高齢者によくみられる異常行動の一つで、認知症の随伴症状の一つと考えられてきた。しかし、現在の疾患分類では、せん妄は認知症と並ぶ症候群の一つとして分類されている（長谷川2014:423）。現在、認知症の診断基準において、せん妄の除外が必須条件となっており、せん妄は認知症の周辺症状（行動・心理症状：BPSD）には含まれない。DSM-5において、せん妄と認知症の両者が同時に起きていることが想定されて記載されている。また、八田ら（2012:2）による

と、せん妄から認知症への移行もこれまで考えられていた以上に頻回であるという報告もある。これらのことから高齢者の認知機能が急激に低下した、あるいは認知症の周辺症状が急性に出現したり憎悪した場合、認知症の発症あるいは認知症の急性憎悪と捉えるのではなく、まずは、せん妄を疑うべきであると述べている。さらに長谷川ら（2014：424）は、「もっとも高頻度にせん妄の合併がみられたのは血管性認知症（34.4%）であった。また、神経変性性認知症（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）に脳血管障害が併存すれば、せん妄の有病率が高率になることが示された。」と述べている。このような認知症患者にせん妄を起こしやすい薬剤の処方（表7）と服薬管理は、他の認知症患者よりも留意する必要がある。また、長谷川ら（2014：424）は、「認知症患者にせん妄が併存するとADLが低下し、BPSDが重篤になることも明らかになっており、急激なADL低下、BPSDの憎悪もせん妄を疑う指標となる。」と述べている。

前述のとおり、せん妄の症候は、終末期などに出現するものを除き、通常は一過性で可逆的である。認知症は数年の経過で進行するため、現在の症状が以前からあったのか、またはこの数日で生じているのかなどについては、患者に日々接している家族や介護職員など、患者の症状を24時間以上観察した介護者から聴取することが必須である。

表7 高齢者におけるせん妄の原因

- ①中枢神経疾患：脳血管障害、慢性硬膜下血腫、髄膜炎、脳膿瘍、脳腫瘍、頭部外傷
- ②代謝性疾患：脱水、電解質異常、低血糖、腎不全（尿毒症）、肝不全、甲状腺機能亢進症、グッシング症候群
- ③循環器疾患：うっ血性心不全、急性心筋梗塞、不整脈、ショック
- ④呼吸器疾患：呼吸不全（低酸素血症、高炭酸ガス血症）
- ⑤感染症：尿路、呼吸器
- ⑥その他の全身疾患：貧血、悪性腫瘍、感覚遮断（視覚、聴覚）、全身麻酔、外科手術、断眠、疼痛、尿閉、便秘
- ⑦環境変化（入院とくに集中治療、入所、旅行、転居）：精神的ストレス
- ⑧薬品：抗コリン薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗痙攣薬、抗パーキンソン病薬、ジギタリス、利尿剤、H₂ブロッカー、テオフィリン、消炎鎮痛薬、抗ヒスタミン薬、アルコール、市販の感冒薬

出典）長谷川典子・池田学「認知症とせん妄」日老医誌、2014、P423.

4. 高齢者のせん妄に対するケア

栗生田（2014：436）によると、せん妄ケアには一定のフローがあると述べている（図3）。

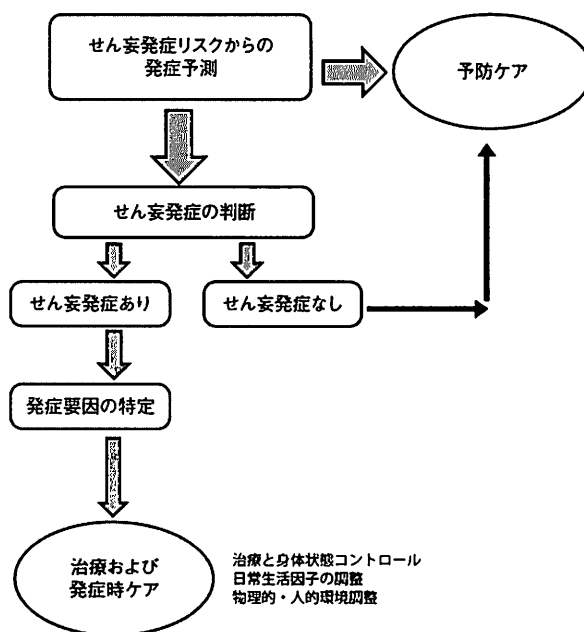


図3 せん妄ケアのフロー
出典）栗生田友子「高齢者のせん妄のケア」日老医誌、2014、P436

せん妄ケアフローは、まず、①せん妄発症リスクからの発症の予測（医師、看護師等）→②予防ケアの励行（看護師等）→③せん妄発症の診断（医師）→④せん妄発症ありの場合は発症要因の特定を行う（医師、看護師等）→⑤治療（医師）および発症時のケア（看護師等）という流れになる。言い換えれば、せん妄対策の原則は、①せん妄のリスク評価（準備因子）→②直接因子の治療+誘発因子の除去、と言える。

また、せん妄を予防し、悪化・遷延化を防ぐための介入法として推奨されているガイドラインの一つに英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence：NICE）がある（井上2012：61）（表8）。

NICEからは、「誘発因子」に対する看護師の介入範囲が広いということがわかる。特に高齢者、認知症、アルコール多飲等のせん妄ハイリスク要因（準備因子）に直接因子が加わった場合、看護師等による誘発因子の除去がなされない場合（介入不足）は、せん妄の悪化・遷延化につながる。

表8 せん妄に推奨される介入法（NICEガイドライン）

	関連する要因	介入内容	職種
直接因子	低酸素	低酸素の評価とO ₂ 投与	医師
	感染	感染徴候の検索と治療	
準備因子	認知機能障害	適切な照明と分かりやすい標識 見当識を促す（話しかけ、時計とカレンダーの設置） 家族や友人の定期的な面会	看護師
	脱水	飲水励行、脱水補正	
誘発因子	便秘	排便の確認、排便コントロール	
	安静	動くよう促す（早期離床、歩行器の使用）	
	疼痛	疼痛の評価（特に非言語的な疼痛症状を評価） 適切な疼痛マネジメント	
	感覚遮断	治療可能な感覚障害の改善（耳垢の除去） 視覚・聴覚補助器具	
	睡眠障害	睡眠時間中のケア・処置を極力避ける 睡眠の妨げになる配薬スケジュールの見直し 騒音の低減	
直接因子	多剤併用	薬剤のレビュー（種類と剤数の両方を検討）	薬剤師
誘発因子	栄養障害	適切な栄養管理 義歯の確認	栄養士・NST

出典）井上真一郎「在宅医療従事者のためのせん妄対策研修会」最終報告資料、2016。一部加筆

（1）せん妄のリスク評価（準備因子の評価）

茂呂（2010：29）は、せん妄の発見法に関する海外の報告のなかで、看護師によるせん妄評価と訓練を受けた研究者による比較では、看護師によるせん妄の発見は特異度は高いものの感度は低く、せん妄を70～80%見落としているという結果であったことを報告している。また、この見落としには、看護師に対するせん妄教育の不足、経験に基づいた評価がその背景にあることが示唆されている。そのため、せん妄を正しく評価するためには、せん妄に対する知識と理解を深めることに加え、信頼性と妥当性が確認されたツールを用いて実施することが重要である。また、せん妄を疑った患者のみにツールを使用して評価するのではなく、評価は定期的に行う必要がある。特に、高齢者、認知障害患者、視覚障害者等の場合には、せん妄の発症を予測して評価する必要があると指摘している。

（2）せん妄の予防ケア

せん妄ハイリスク者に対しては、入院初期または在宅療養初期から予防ケアを行っておく必要がある。そのためには、環境への不適応、入院や病気・治療への不安や心配ごとを抱えている患者に療養環境の変化時から

前駆症状がみられることがあるため、①療養（病床）環境の整備（a. 不安を助長しない環境への配慮 b. なじみのものを使用する c. 見当識を低下させない環境 d. 施設の場合、患者の状況をみながら個室または大部屋の選択、夜間帯の音や声等の騒音への配慮）②他者との交流（患者の状況を踏まえて負担のない量に对人交流を調整）③病気や治療の必要性への認識を促す（a. 入院時の不安状態の把握と不安の緩和 b. オリエンテーション、説明）などの予防ケアの実践を行う。

（3）せん妄発症時のケア（誘発因子の除去のケア）

井上（2017：19）が行った複数の研究結果の分析によると、せん妄の予防には多次元介入が有効であるという結果が得られている（表9）。ここでいう多次元介入は、認知刺激、早期離床、聴力、睡眠覚醒リズム、視覚、水分管理への介入である。病室または居宅における介入として、①日中はカーテンを開けて部屋を明るくする（見当識、覚醒リズム）、②カレンダーや時計の設置（見当識）、③家族の写真を飾る（見当識、不安軽減）、④家族らによる面会・付き添い（見当識、不安の軽減）、⑤眼鏡、補聴器などの日用品は使い慣れたものとする（見当識、不安の軽減）、⑥ベッド柵の設置、周囲の危険物を除去（安全対策）、⑦夜間の照明は薄暗くする（睡眠覚醒リズム）、⑧ラインやドレーン類は整理する（刺激軽減、安全対策）、⑨モニターなどの騒音はカットする（刺激軽減）、⑩医療従事者および介護職による昼間の声かけ、疼痛や脱水などへの対応（不安軽減、睡眠覚醒リズム、促進因子対策）、などがあげられている。なお、睡眠覚醒リズムの改善は、不要な薬物を投与しないことにもつながる。

表9 せん妄予防の多次元介入の有効性

結果指標	介入群(%)	対照群(%)	オッズ比または平均差
せん妄頻度	8	14	0.56(0.42-0.76)
転倒	7	27	0.36(0.27-0.53)
施設化	26	28	0.94(0.69-1.30)

出典) 井上真一郎「せん妄にどうアプローチするか」セミナー資料、2017。

多次元介入の必要性について、粟生田（2014:19）も同様に、「発症リスクに応じて身体状態と治療に関するケア、日常生活因子に関するケア、物理的的環境に関するケアのそれぞれに対して系統的にアプローチすることが必要である。」と述べている。以下は、その具体的なケアの例である（表10）。

①せん妄発症につながる身体因子（脱水、低酸素状態、肝機能・腎機能障害、電解質バランスの異常、血糖値の異常、服用している薬剤による影響、アルコール離脱など）の調整：全身状態を整える（a. 必要水分量の保持in-outのバランスを保つ b. 酸素飽和度、呼吸状態の測定し適切に保つ c. 肝機能（GOT・GPT等）、腎機能データ（UA等）をチェックし、必要な休息、睡眠、薬剤投与、輸液管理を行う d. 電解質のバランスをチェックし、必要な休息、睡眠、薬剤投与、輸液管理を行う e. 感染症の徴候（体温上昇、CRP高値）に留意し、必要に応じ解熱への対応 f. 服用している薬剤のうちせん妄発症につながる薬剤・投与量のチェック、薬効・副作用の観察を行い、随時、医師に報告する g. 疼痛コントロールを医師の指示と合わせて行う）。身体状態のコントロールでは、原疾患の治療や医師の指示を基本に置き、医療チーム全体で連携していくことも重要である。

②せん妄発症を導く日常生活因子（睡眠障害、排尿・排便トラブル、絶食・脱水、低酸素状態、ルート類の装置、可動範囲の制限、活動の制限、視覚・聴覚の障害）に対処し、日常生活を整える：（a. 睡眠コントロール（眠剤の服用、主観的な不眠の訴え、昼夜逆転傾向に留意） b. 排尿・排便のコントロール（オムツ使用患者、下痢や便秘の患者にせん妄がみられる） c. 経口からの栄養摂取をすすめ（絶飲食の状態とせん妄発症には関連性あり） d. 呼吸機能の維持（低酸素状態を避ける））

③物理的的環境に関するケア：（a. ルート類の装着、可動制限、活動制限をできるだけ避ける b. 感覚刺激による見当識情報の維持（カレンダー・時計を見える位置に置く、日常の会話やケアの中で見当識（日時・場所・人）の話題を盛り込む、眼鏡・補聴器などの補助具を普段のように装着する、不快な照明・騒音を排除す

る、テレビ・ラジオなどの情報を流す、コミュニケーション量の維持のために心地よい会話量を維持する、コミュニケーションに集中できる環境を整える、視線・話し方の工夫によって視界に入る位置や目の高さで接触する、視聴覚障害に応じた方法を取り適切なコミュニケーションをつなげる、病室やベッドの位置の変更を最小限にする、馴染の物を持ち込む))

表10 せん妄発症時のケア —せん妄発症因子ごとにみたケア—

身体状態と治療の因子	<ul style="list-style-type: none"> 原因疾患・症状の治療（低酸素血症の改善、水分・電解質バランスの調整、血圧・体温の調整など）をし、全身状態のバランスを保つ 原因となる薬剤を特定し、減量・変更について医師に相談 	など
日常生活の因子	<ul style="list-style-type: none"> 拘束をとる、不安やストレスの緩和 活動と休息のバランス、睡眠リズムの調整 脱水、排泄の調整 鎮痛、疼痛コントロール 	など
物理的環境や人とのかかわり因子	<ul style="list-style-type: none"> 照明・騒音の調整、拘束感の除去、時間間隔の維持、原因となる環境を整え改善する 家族など安心できる人にそばにいてもらう、コミュニケーションの維持 	など

出典) 栗生田友子「高齢者のせん妄のケア」日老医誌、2014、P440.

このようにせん妄のケアでは、不快を快へ、また、安静、感覚遮断、見当識障害などの非日常的な状況を、早期離床、眼鏡や補聴器の使用、面会や時計・カレンダーを活用することで日常へ移行させるケアが重要である。さらに、せん妄患者は、周囲の状況が正しく認識できず、不安や恐怖といった精神状態を呈することがある。このような患者に対しては支持的な対応を行い、少しでも安心感につながるよう支援することが重要である。

(4) 家族へのケア

せん妄を発症すると、最近まで普段どおりに意思の疎通ができていた患者が突然つじつまの合わないことを言い出したり、時に暴れたり、暴言を発したり、無気力になったりすることがある。また、施設や在宅で介護をしている家族を正しく認識できないこともある。家族は、なぜこのような状態になったのか困惑し、対応に困り不安や憤りが生じる。認知症になってしまったのではないかと思う家族も少なくない。家族に対しては、現在生じている状況がせん妄によるものであるとはっきりしている場合には、その旨を説明し、正しく理解してもらうことが重要である。家族に説明を行ううえで重要なことは、①何が起きているのか：せん妄について説明する、②なぜ起きているのか：せん妄の原因について説明する、③これからどうなるのか：せん妄の治癒の可能性が高いことについて説明する、④何をするのか：せん妄からの回復を目的とした治療の実際について説明する、⑤どうしたらよいか：家族の関わり方について説明する、以上の内容について、患者および家族の気持ちに共感を示しながら説明を行う必要がある。家族への説明と共感的な関わりは、家族にとっては、病状に対しての安心感が得られるとともに、治療への協力につながるため、せん妄の病態について正しく理解してもらうことが重要である。また、家族への説明の際には、視覚的に理解しやすい。また何度でも読み返せるよう、パンフレットを作成し活用する方法もある。

家族へのケアの根拠は、家族がせん妄を発症した患者の安心につながるためである。家族がそばにいて気持ちが落ち着き、せん妄が軽減することはしばしば見受けられる。つまり、家族の付添には治療的な効果がある。家族には、家族の存在や関わり方が重要な役割を果たすことを説明し、看護師をはじめとする医療従事者、介護職とともに連携しながら患者を支えていけるよう家族を支援することが重要である。

考察

せん妄は、入院療養のみならず在宅療養においても発症する頻度が極めて高い症候群であるが、終末期などに出現するものを除き、適切に診断・治療につながることで改善する。しかしながら、せん妄を見逃したり、治療介入をしなければ、潜在的な異常の早期発見や早期対処の機会を逸することにつながり、脳障害や全身状態の重篤化、ひいては死亡の転帰が予測されるため、医師の行う発症リスクからの発症予測および薬剤性評価をはじめ、認知症やうつ病等との鑑別および診断が極めて重要となる。さらに、鑑別を行ううえで認知症に限定して言えば、認知症がもともと存在しているケースや認知症を合併しているケース等があることにも注意が必要となる。

このように、医師の行うせん妄の発症予測および薬剤性評価等の時点と同時に、せん妄予防ケアも重要となる。そのため、在宅療養に関わる看護師は、せん妄ハイリスクの評価に関する正しい知識を持ち、ハイリスク者である可能性が高い場合には、早期より予防的ケアを実践することが重要である。さらに、予防においては日常生活面や環境面等の調整へのアプローチが極めて重要となるため、特に在宅療養者の場合には、介護福祉士等との連携・協働が必要不可欠であると言える。

さらに、予防ケア実践の甲斐なくせん妄の発症がみられた場合には、非薬物療法が治療の第一選択となる。直接原因が身体疾患によるものであれば医師によりその治療がなされ、薬剤が原因の場合には、可能であれば原因薬剤の減量または中止が検討される。その場合、同時に、せん妄を引き起こしている誘発因子の調整が必要となる。誘発因子の調整は、予防的ケア（日常生活面や環境面等の調整へのアプローチ）を強化した多次元介入（①せん妄につながる身体因子の調整、②せん妄発症を導く日常生活因子に対し日常生活を整える、③物理的的環境に関するケアを行う）が有効とされているため、継続してケアの実践を行う。この場合、看護師においては、かかりつけ医との連携により、「①せん妄につながる身体因子の調整」を行い、「②せん妄発症を導く日常生活因子に対し日常生活を整える」および「③物理的的環境に関するケア」については、介護福祉士等との連携により実践する必要がある。また、介護福祉士等においては、「②せん妄発症を導く日常生活因子に対し日常生活を整える」および「③物理的的環境に関するケア」については、看護師との連携により実践する必要がある。

図4は、せん妄ケアの関連性を図に示したものである。

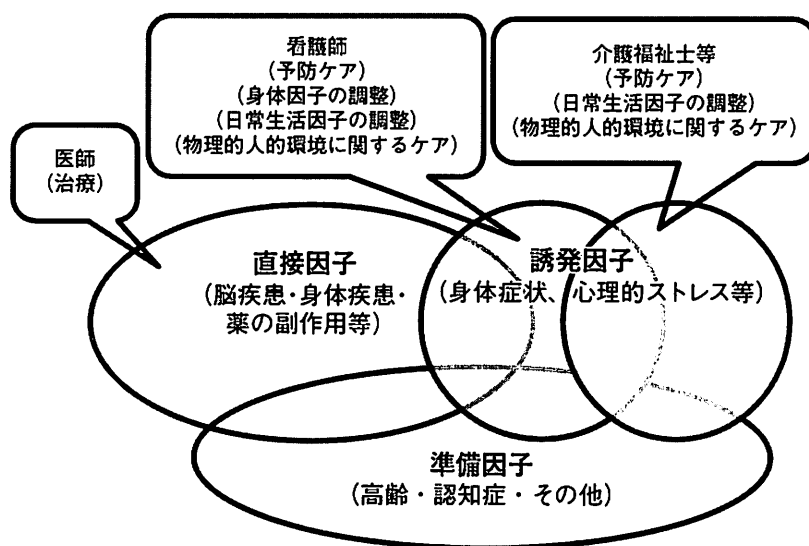


図4 せん妄ケアの関連図

(筆者作成)

このような、早期からの予防ケア等の介入の必要性には、せん妄から認知症への移行もこれまで考えられていた以上に頻回であるという報告もあることから、せん妄の発症を未然に防ぐとともに、認知症の発症予防にもつながるといふ側面もある。

これまで述べてきたとおり、看護師および介護福祉士等は、これからの在宅医療を支える中心的な役割を担う職種である。しかしながら看護師においては、せん妄の発見における見落としの割合が高かったという海外の報告もある。このことを考慮すると、せん妄に対する知識と理解を深めることに加え、医師とともに信頼性と妥当性が確認されたツールの選択や開発、評価方法のスキル身に付けていくことが今後の課題であろう。一方、介護福祉士等に関しては、介護職能団体や各施設において、せん妄についての研修会・学習会等を開催し、知識と理解を深めることが必要であると考えられる。また、介護福祉士養成において使用されている主要出版社のテキストには、認知症に類似した状態として夜間せん妄の説明が取り上げられている程度に留まっており、講義内容は担当教員の裁量によるところが大きい。このような実情を見据えると、今後は、在宅医療・在宅介護を意識した養成カリキュラム基準の見直し・検討も必要となるであろう。

現在、国は病院完結型医療から地域完結型医療への移行とともに、医療と介護の一体的な改革を進めている。その意義について厚生労働省は、「我が国における医療および介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度、および創設から17年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で着実に整備されてきたが、①高齢化の進展に伴う老人慢性疾患の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている、②介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加する、などをその意義にあげている。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められており、医療および介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっている。」としている。

このような昨今の医療と介護を取り巻く環境の変化は、医療・介護の垣根を越え、互いの職種が一つのチームとして連携・協働する関係へと変化しつつあることを意味している。このことは、切れ目のない医療および介護の提供体制を構築し、国民ひとり一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことにつながる。このように、これからの在宅医療の在り方を考えていくうえで、その治療的アプローチの一端を担う専門職としての看護師および介護福祉士等の役割は大きいとともに、専門職としての知識やスキルを身に付けることが、さらなる超高齢社会を見据えるうえで重要な課題であると考えられる。

おわりに

超高齢社会にあつて、認知症高齢者の急増が社会的課題となっているが、せん妄は認知症と混同される症候群であり、せん妄から認知症への移行もこれまで考えられていた以上に頻回であるという報告もある。さらに、せん妄は著しくQOLを阻害し、その多くは可逆的であるものの、原因検索がなされず見逃される場合も存在するのである。

今後、医療の形はこれまでの病院完結型医療から地域完結型医療へと移行していくこととなるため、せん妄ハイリスク者である高齢者や認知症患者等には、日常生活面や環境面等の調整へのアプローチによる発症予防ケアの実践が特に重要となる。そのためには、医療・介護の垣根を越えた多職種の連携・協働による、せん妄の予防と早期発見、早期ケアの実施が展開されなければならない。さらに、在宅療養に関わる看護師および在宅での日常生活支援を担う介護福祉士等においては、在宅療養に必要な知識やスキルを身に付けることが、さらなる超高齢社会を見据えるうえで重要な課題であると言える。

文献

- 粟生田友子 (2014)「高齢者せん妄のケア」『日本老年医学会雑誌』51巻5号. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf> (2017.3.25)
- 井上真一郎 (2016)「在宅医療従事者のためのせん妄対策研修会 最終報告書」<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/> (2017.3.28)
- 井上真一郎 (2012)「第42回緩和ケア勉強会 みんなが苦手な精神症状」<http://www.okayama-kanwa.jp/study/pdf/pdf> (2017.3.30)
- 井上真一郎 (2017)「せん妄にどうアプローチするか-看護に活かす基礎知識とスキル」セミナー資料
- 卯野木健 (2010)「せん妄とは何か?」「せん妄の今を知る」EB NURSING、Vol.10 No.4. http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/pdf/ebn10-4_01.pdf (2017.3.29)
- 北田志郎 (2017)「せん妄」『在宅医療テキスト』公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/textbook/pdf/2-2_4.pdf (2017.3.25)
- 厚生労働省医政局地域医療計画課「医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件(案)について」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000151978.pdf> (2017.4.23)
- 厚生労働省「医療と介護の一体的な改革」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html> (2017.4.23)
- 厚生労働省「地域包括ケアシステム」http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2017.4.23)
- 古賀雄二 (2010)「高齢者のせん妄期間は予後に影響するの?」「せん妄の今を知る」EB NURSING Vol.10 No.4. http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/pdf/ebn10-4_01.pdf (2017.3.29)
- 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/ (2017.4.23)
- 中医協 総-1 23.11.2「精神医療について」[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000/trya-att/\(2017.3.29\)](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000/trya-att/(2017.3.29))
- 寺田整司 (2014)「高齢者せん妄の薬物治療」『日本老年医学会雑誌』51巻5号. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf> (2017.3.25)
- 長谷川典子・池田学 (2014)「認知症とせん妄」『日本老年医学会雑誌』51巻5号. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/.../clinical_practice_51_5_422... (2017.3.29)
- 長谷川真澄・粟生田友子 (2017)「チームで取り組むせん妄ケア」医歯薬出版米国精神医学会編、高橋三郎他訳 (2003)『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引(改訂版)』医学書院
- 日本精神神経学会編、高橋三郎監訳 (2014)『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院
- 八田耕太郎・岸泰宏 (2012)「病棟・ICUで会おうせん妄の診かた」中外医学社. Pisami MA, et al.: Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 1092-1097. (ICU入院中の高齢者におけるせん妄期間は1年死亡率と相関する)
- 藤澤大介・横尾実乃里 (2014)「高齢者のせん妄の機序」『日本老年医学会雑誌』51巻5号. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf> (2017.3.29)
- 茂呂悦子 (2010)「せん妄の発見法は?」「せん妄の今を知る」EB NURSING、Vol.10 No.4. http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/pdf/ebn10-4_01.pdf (2017.3.29)

Care for the People with High-Risk Delirium such as Dementia Elderly People

—One Consideration about the Early Intervention by Nurses
and Care Workers in Recuperation at Home

Fusako IWASAKI

In this study, I clarify the importance of the care for the people with high-risk delirium such as elderly people or the dementia patients by nurses and care workers who support home medical care, the delirium prevention, and the care at the time of the delirium appearance. In addition, I intend to get a suggestion to support home medical care in the future. Delirium is the syndrome that appears extremely high in frequency in the home medical care settings, and it can be improved by an appropriate diagnosis and treatment. To that end, nurses involved in home care need the skill to evaluate the high-risk delirium. This enables them to practice the preventive care from an early stage and prevent the onset of delirium, and this will also prevent dementia from appearing. In addition, the cooperation and collaboration between care workers to support recuperating patients becomes important in caring.

Key Words: High-risk delirium, Dementia, Recuperation at home, Cooperation and collaboration