

4. 高齢者せん妄のケア

粟生田友子

要約 せん妄のケアに見られるフローには、①せん妄発症予測、②予防ケア、③実践的アセスメント方略、④要因の特定と発症原因別ケア、⑤せん妄チームアプローチの要素が含まれる。せん妄ケアは、発症が多要因性であるため、多くの場合複数のケアを並行して行うことが必要であり、単一でのケア効果が得にくい。

せん妄発症時のケアは、発症要因に応じ、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・人的環境に関するケアのそれぞれに対して系統的に進められる。身体状態のコントロールとして、①必要水分量と in-out バランス、②呼吸状態、③肝機能/腎機能のモニターと休息/睡眠/薬剤投与、④電解質バランス、⑤感染症の徴候のモニターと薬剤投与、⑥せん妄を発症しやすい薬剤の投与量と副作用のモニター、⑦疼痛コントロール等が必要であり、日常生活へのケアには、①睡眠コントロール、②排尿/排便のコントロール、③経口摂取と摂取量の維持、④低酸素状態の回避、⑤ルート類の装着、可動制限、活動制限の低減、⑥感覚刺激による見当識の維持がポイントとなる。

また、治療やケアの開発を含めた実践的アプローチとともに、ケアスタッフの実践能力やせん妄の認識変化を促す教育介入、せん妄ケアチーム (DCT) によるコンサルテーションとケアの方向性の提示など、せん妄ケアは医療チーム全体で見直され、変わりつつある。

Key words : せん妄ケアフロー, 身体状態コントロール, 日常生活ケア, 教育介入, DCT コンサルテーション

(日老医誌 2014; 51: 436-444)

高齢者せん妄のケア 概略

1. せん妄ケアのフロー

せん妄ケアには一定のフローがある (図1)。

最初に対象の発症リスクを判断し、高リスクならば予防策を進める。もし、せん妄を疑う症状があれば、せん妄診断基準に従ってせん妄か否かを判断し、せん妄でないならばそのまま予防策を継続するが、せん妄と判断された場合は発症要因を特定していく。そして要因が特定できれば、原因を除去するための治療とケアを実践する。引き続きせん妄症状をモニターし、せん妄の重症度の変化に応じて治療と原因別のケアを継続する。臨床ではほぼ同時進行で行う場合も多いが、こうしたフローに沿って実践されている¹⁾。

2. せん妄ケアの重要性

せん妄ケアの臨床上の重要性は、以下のように要約される²⁾。

- ①せん妄発症時に頻発する事故を未然に防ぐ：ライン類の自己抜去、転倒・転落の発生
- ②二次的合併症の発生を防ぐ：高齢者における合併症：肺炎などの重症化、誤嚥
- ③せん妄発症による治療の停滞の結果起こる入院期間

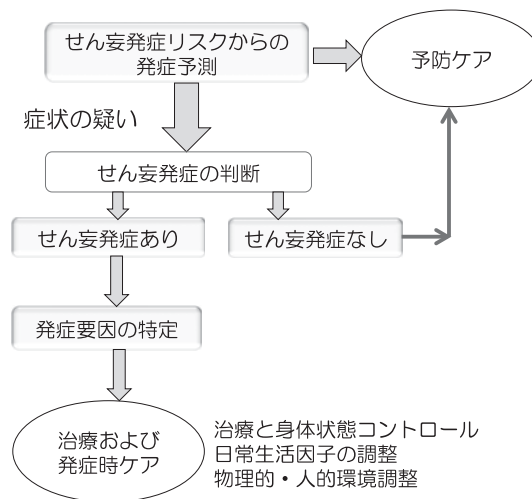


図1 せん妄ケアのフロー

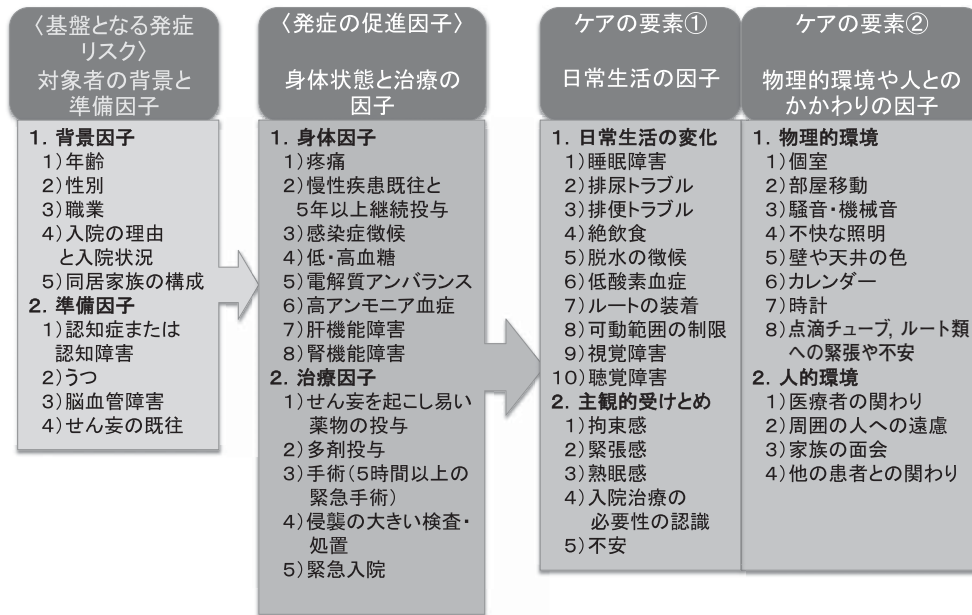


図2 せん妄ケアフローによるせん妄発症因子の分類
 発症予測の因子, 身体状態の因子, ケア因子 (物理的・人的), 患者の主観因子
 (文献5より一部改変)

の長期化を避ける

④せん妄発症者自身が本来できる治療や入院生活上の意思決定ができなくなるのを避ける

⑤せん妄患者への対応により生じる医療関係者の精神的な困惑や疲弊を軽減できる

⑥身体の回復が遅延することによる予後不良を低減できる

⑦家族の動揺が生じ、通常とれるはずのコミュニケーションが妨げられる

3. せん妄発症リスク

せん妄発症のリスク因子を、Lipowski (1990) は、準備因子、身体因子、促進因子の3つに分類している³⁾。

準備因子とは、脳機能の脆弱性をあらわす因子で、高齢、脳血管障害の既往、認知症などが含まれ、ケアの観点からは、「せん妄の発症しやすさを示す患者の背景」としておさえておく必要がある。この因子は患者が元来もっている因子であり、ケアによる介入は困難な、発症のベースとなる因子ととらえられる。身体因子とは、「せん妄を引き起こす一般身体疾患や薬の副作用」などであり、いずれも意識障害の原因となる。この因子は医学的治療を行わなければ取り除けないので、継続的な観察により、症状をモニターすることが必要である。促進因子は、「せん妄発症の直接のきっかけやせん妄の遷延にかかわる」因子で、ケアによる介入が可能な因子である。

せん妄発症リスクは、せん妄の原因を特定し、治療を

進めていくうえで重要であり、多くの要因が関与するせん妄発症における原因特定と対処の重要な視点となりうる。

せん妄ケアの構造は、このLipowskiの発症因子の3分類から、図2のように進めていくことができる⁵⁾。

4. せん妄発症の判断指標

せん妄ケアは、前述のように明らかにせん妄が発症しているか否かによって介入内容が異なってくる。もちろん診断自体は医師が行うが、せん妄発症の有無や重症度の判定は、せん妄患者にかかわる専門職が認識しておかなければならない。

せん妄症状の判断指標には、表のように多くのツールがある⁶⁾。それぞれのツールで取り上げられている指標は、ICD-10やDSM-IV-TR同様、意識状態、認知機能(注意障害と記憶障害)、感情/精神運動性興奮、行動、知覚異常である。

判断指標は、スクリーニングツール、診断ツール、重症度判定ツールに分けられ^{6)~11)}、目的により使い分ける必要がある。

5. せん妄の経過のモニタリング

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¹²⁾。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、異様に機嫌が良いなど)があり、その後には明らかなせん妄症状へと移行する。発症の契機となる

表1 セン妄を判定するツールごとに見た症状分類

せん妄に関する症状の分類		診断ガイドライン		アセスメントツールと項目数					
		ICD-10	DSM-IV-TR	DRS	DRS-R-98	CAM-ICU	DST	ICD SC	J-NCS
意識	意識レベル	○	○			1		1	
認知	注意	○	○	認知 1	1	1		1	1
	記憶	○	○		短期 1 長期 1		1		
	見当識障害	○	○		1		1	1	1
	思考・理解	○			1	1			1
	知覚感覚	○	○	1	1		1		
行動	言動・精神運動行動	○	○	1	1		2	1	2
	コミュニケーション	○	○		1			1	1
	発語会話								
	睡眠状態	○		1	1		1	1	
	幻覚・妄想	○		2	1		2	1	
	感情・気分変動	○		1	情動 1 運動性焦燥 1		1		
症状の変動		○	○	1	1		1	1	
発症形式・期間		○	○	1	1	1	1		
その他		全身性疾患が病因	一般身体疾患が病因	身体的原因 1	視空間能力 1 身体の障害 1				バイタルサイン 1 酸素飽和度 1 排尿機能 1
項目数合計				10	16	4	11	8	9

(文献6より一部改変)

表2 セン妄評価尺度の目的別分類 例

尺度	スクリーニング	診断	重症度
ニーチャム混乱・錯乱スケール (NEECHAM Confusion Scale) (J-NCS)	○		○
Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)		○	○
Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)		○	
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	○	○	
せん妄スクリーニング・ツール (DST)	○		
Memorial Delirium Assessment Method (MDAS)	○		○

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¹³⁾。

初期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、ぼつとしている

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。

重症度のモニタリングは、ツールを用いて、せん妄の疑いのある時や入院時にまずベースラインデータをと

り、同じツールで経過を追っていくのが一般的で、毎日1回測定し正常になるまでケアを継続する。

せん妄症状の持続収束のパターンには、図3のようなパターンがある。パターン4のように、1週間以上症状が持続し、収束がはっきりとしない発現の仕方は、認知症がもともとあるケースに特徴づけられる¹⁴⁾¹⁵⁾。

傾眠、精神運動活動低下により特徴づけられる低活動型せん妄は、うつと見誤りやすいので留意が必要である。

6. 見落としやすいせん妄

系統的なアセスメントをせずに、通常経験的なアセスメントに頼ることでせん妄の発症が看過されることがある。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、せん妄症状の鑑別の難しさもあいまって、看過の危険があ

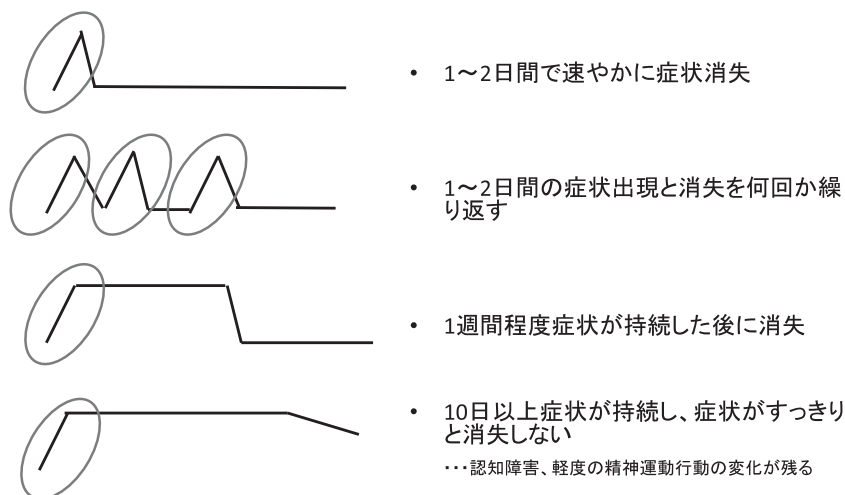


図3 せん妄症状の持続・収束パターン（文献13より）

る²⁾。

7. せん妄の予防ケア

せん妄の予防ケアは、高リスクの患者にあらかじめ進めておくケアであり、次のように列挙される¹⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。

1) 病床環境の調整

病床環境への不適応は発症につながりやすい。高齢による環境不適応、病気や治療への不安や心配を抱えている患者に、入院時からの前駆症状がみられることが少なくない。またICUなどの特殊な環境下におかれる患者は、もともとの身体因子に加えて、医療器具や機器、特殊な音や光彩の中に置かれること、痛みを伴う治療、羞恥心を伴う治療やケアなどにより、強い恐怖体験や疾病や治療に伴う自己コントロール感の喪失などが生じ、発症を誘発することがある。

環境調整上の要点として、以下のことを心がける。

①不安を助長しない環境：

光、機械・治療器具・モニターの音、スタッフの話し声などの調整

②なじみ感の感じられる環境：

認知症がベースにある場合は、その人のなじみのあるものを環境に取り入れる。日常使う湯呑み、子どもや孫の写真など、落ち着けるものを用い、安心感につなげる。

③見当識を維持できる環境：

適度な刺激を入れる。時間を意識できるカレンダーや時計を見える位置に置く、適度な数の面会者など、人、場所、時間の見当識を維持できる環境を調整する。日頃老眼鏡や補聴器を使用している人には装着を促す。

④部屋移動

個室か大部屋かという選択ができるなら、その人の状

態に合わせて選択する。対人交流により不安は助長することも緩和することもある。人と交流することで緊張が助長するなら個室が適している。病室移動の回数できるだけ少なくする。

ナースステーションに近い部屋の位置は、スタッフからすると事故を未然に防ぐという意味で安心できるが、ステーションから発生する夜間の音や他の重症患者の声などにより、患者の睡眠を妨げられることがある。

2) 入院中の対人交流

せん妄を発症した患者は、大部屋にいても他の患者とうまく交流できていないことが報告されている。その人に負担のない量に対人交流を調整することが必要である。適度な時間帯の、適度な回数や長さの家族の面会は、本人の意向に合わせて調整する必要がある。

家族が面会から帰ってしまった後や、夕方以降にせん妄症状の発症が頻発することは経験的に知られているが、夕方以降の静かで孤独な環境下で、話し相手がなく、なかなか寝付けないようならば、就寝までの間、少しでも落ち着けるようコミュニケーションをとることもよい。

3) 病気や治療の必要性の認識や心理状態

入院や治療の必要性を適切に認識できている患者は、自己コントロール感が高く、せん妄発症につながりにくい。認識を促すために、以下の点に留意する。

(1) 入院時における不安状態の把握と不安の緩和

入院時における緊張した表情、「何か変」と思える言動には十分に伝えておく必要がある。話しやすい状況を提供し、少しでも緊張状態から開放していく。

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、時間感覚の維持、原因となる環境を捉え改善する 家族など安心できる人に傍にいてもらう、コミュニケーションの維持など

図4 せん妄発症時のケア—せん妄発症因子ごとに見たケア

(2) オリエンテーション, 説明

対象の年齢や、入院への準備状態を考慮して、必要なオリエンテーションを進める。理解できる言葉で説明を加えることや、治療行動を導く。

緊急入院は、せん妄発症を起こしやすい。入院への準備状態がない中で、治療がどんどん進められていくように感じやすいので、患者のペースを確認する。

8. せん妄発症時のケア

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・人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となる¹⁾。

1) せん妄発症につながる身体因子の調整：全身状態を整える

身体因子としてあげられるものには、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がある¹⁸⁾¹⁹⁾。

これらの因子に関する検査データや薬剤に注目し、以下のようなケアを取り入れる。

(1) 必要水分量を保持し、in-out バランスを保つ。

(2) 酸素飽和度、呼吸状態を測定し、適切に保つ。必要な酸素吸入を実施する。

(3) 肝機能 (GOT, GPT 等)、腎機能のデータ (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。

(4) 電解質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。

(5) 感染症の徴候 (体温、CRP 高値) に留意し、必

要な薬剤投与、クーリングを行う。発熱の原因が特定できれば対処する。

(6) 服用している薬剤のうちせん妄発症につながりやすい薬剤の投与量をチェックし、投与薬剤の効果や副作用をモニターし、随時医師へ必要な報告を行う。(薬剤については別の項を参照)

(7) 疼痛コントロールを医師の指示と合わせて進める。

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に対処し、日常生活を整える

せん妄発症を導きやすい日常生活因子としては表3のようなものがある。

基本的にはその人の生活パターンを維持する日常生活支援と、良い生活パターンに整えていくことが必要になる。

(1) 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する。

必要な睡眠を得ることは、症状の軽減に直接結びつく。睡眠障害はせん妄の原因でもあり、せん妄の徴候の一つにも含まれる。

昼夜逆転への対処として、適度な刺激を日中に加えることや、日中の睡眠を減らしていくことなどが取り組まれているが、1日における睡眠時間の総和が維持できないと睡眠パターンが崩れていくことにもなり、無理な日中刺激は悪循環を引き起こすことにもなる。

表3 せん妄発症の要因となる日常生活因子

1) 睡眠障害
2) 排尿・排便トラブル
3) 絶飲食・脱水
4) 低酸素状態
5) ルート類の装着, 可動範囲の制限, 活動の制限
6) 視覚・聴覚の障害

適度な日中の刺激として、その人が日中に普通に行う日常生活行動を取り入れる。例えば、朝起きて温かいあるいは冷たい水で顔を洗う（温熱刺激、冷感刺激）、口を洗い歯磨きをする（顔部分への物理的な刺激）等は、ごく自然な日常生活での物理的な刺激である。

ベッドが窓際にあることや日中の日光浴や散歩は、体内時計をリセットし、生体のリズムを睡眠状態から覚醒状態への切り替え、昼と夜の生体のリズムを整えることにつながる。これは、日中の日光浴によって、夜間のメラトニン分泌が促進されることによる。午睡は、適度な量であれば身体に休息をもたらす、夜間睡眠に影響を及ぼすことなく日中の眠気を除去することができる。

普段の生活リズムを確認し、できるだけそのパターンを維持すること、夜間の点滴・処置を避けることなども具体策に取り入れる。

(2) 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発症が見られる。

オムツはその人の自己尊重の感覚を低下させ、日常性の刺激を鈍麻させる。そのため、外せるオムツはできるだけ外していくよう勧める。また、たとえオムツをしていても、尿意や便意を確認して、その身体感覚を活かしてオムツを替える時間を調整していくことで、身体内部からの感覚を活かした覚醒につながる。

尿失禁がある場合、失禁のタイプを区別し、排尿誘導が可能であれば、進める。

排尿排便コントロールがうまくできない理由として、下痢や便秘がある。その場合は、検査データとして電解質バランスの乱れが生じていないか、緩下剤等の使用薬剤がその人に適しているものであるか、適切な in-out バランスかをモニターしていく。できるだけ通常のその人の排便排尿パターンに戻していくことが必要となる。

普段とは異なる排泄方法を強いられている場合には、排泄方法の変更を苦痛に感じていないか確認し、普段の排泄方法をできるだけ維持できるよう進める。

(3) 経口からの栄養摂取をすすめる、摂取量を維持する治療上必要となる絶飲食は、患者自身が食べられない

状態ではなく、治療的に食べてはいけない状態をつくることになるため、空腹感が持続するだけでなく、長期にわたると食べる意欲を減退させることにつながる。口から食べるという刺激が減ることで、脳への刺激が減り、生活意欲の減退が生じる。また、必要な栄養状態が維持できず、血液中の蛋白質量が減少し、身体組織に必要なタンパク量が維持されない状態となる。

絶飲食の状態とせん妄発症はいくつかの研究で関連があると報告されている。治療的な絶飲食が解除されたときから、経口摂取を勧めること、水分や固形物を患者の嚥下機能に合わせて徐々に進めていくことが必要となる。

(4) 呼吸機能の維持：低酸素状態を避ける

血中酸素飽和度の値が低値であることは多くの研究でせん妄状態との関連を認めている。

低酸素状態は、脳に送る血液量を減少させ、意識障害を引き起こす。呼吸器疾患、高齢、手術後間もない患者などでは呼吸状態の管理が必要であり、酸素吸入が必要な状態では、酸素吸入量の管理をし、常に血中酸素飽和度を正常値に維持する。

(5) ルート類の装着、可動制限、活動制限をできるだけ避ける、

ルート類をできるだけ少なくすること、可動制限を守りつつ、動かせる範囲を動かしていくこと、活動制限を可能な限り早期に広げていくことが必要である。

ケアの要点としては、不必要なカテーテル、モニター類の除去、早期離床の促進、身体拘束の回避が挙げられる。運動量を維持する上では、可動制限をできるだけ早期に解除できることや、治療環境下でできるだけ活動量を増やしていくことも検討する。とくに、日中の適度な活動量を維持、活動と休息のバランスをとることで、適度な体力の回復を促す。

(6) 感覚刺激による見当識情報の維持

視覚刺激、聴覚刺激を維持する。ことに視覚からの刺激はせん妄発症との関連が認められている。例えば刺激として有用なケアには以下のようなことがある。

- ①カレンダー、時計をみえる位置に置く。
- ②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。
- ③眼鏡、補聴器などの補助具を普段付けているように装着する。
- ④不快な照明、騒音を排除する。
- ⑤テレビ、ラジオなどの情報を流す。
- ⑥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。

表4 セン妄ケアで取り組まれている具体的実践活動

1) 入院時オリエンテーションの内容の改善	
2) アセスメント技術向上の取組	: リスクスクリーニング
3) 薬剤の調整	: 内服薬スクリーニング 抗精神病薬, 鎮静剤の服用
4) 認知機能の強化	: 見当識・記憶の強化
5) コミュニケーションの強化	: 視機能の補助 コミュニケーション方法の工夫
6) 生活の安定の支援	: 活動の促進 (離床, 不動の解除, 機能訓練の促進) 患者の生活時間の調整栄養の補給 脱水の予防 睡眠の促進 部屋移動の禁止 面会時間制限の廃止 なじみ感の創出 在宅環境の促進

(文献20より一部改変)

表5 セン妄ケアの介入に関する主なアウトカム指標

1 主要なアウトカム指標	せん妄の発症率, せん妄重症度変化 せん妄症状の持続期間
2 その他のアウトカム指標	身体可動の状況 (ADL, 歩行状態) 認知機能, 合併症 身体拘束の解除 ライン類の自己抜去や事故の発生

⑦コミュニケーションに集中できる環境を整える。

⑧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。

⑨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。書面の活用など。

⑩病室やベッドの位置の変更を最小限にする, 馴染みの物を持ち込む。

9. 患者家族へのケア

患者の家族は, せん妄症状を目の当たりにすると, 「ほけてしまったのではないか」「精神病ではないか」「いつもと違って興奮して怖い」「このままよくならないのではないか」「周りに迷惑をかけて申し訳ない」というようなさまたげまな心境に置かれる。これら家族への対応として, 必要な説明を行い, せん妄症状が早く収束できるよう, 可能な協力を求めることも有用である。

10. セン妄ケアの実践的活動とアウトカム

せん妄ケアの実践的活動として, 多くの臨床で取り組まれているものを表4に列挙した。

また, ケアの評価として使用されているアウトカム指標には以下のようなものがある²⁰⁾。主要な指標に, せん妄発症率の低下があげられるが, 多要因により発症するため, 単一のケアではアウトカムを測定しにくい。

11. チームアプローチ DCT (Delirium Care Team)

ケア自体を変化させる実践的アプローチとともに, 看護師の実践能力や認識の変化を促すスタッフへの教育介入, DCTなどのチーム形成による場への介入やコンサルテーションなど, せん妄ケアの変革が進んでいる。DCTチームの構成としては, 医師(老年科医, 内科医, 精神科医), 老人もしくは精神看護専門看護師, 認知症看護認定看護師あるいは老人看護専門看護師, 薬剤師, 管理栄養士, 作業療法士などで組織される。

定期的な回診を組み入れ, 専門的視点でケアコンサルテーションを行うことで, スタッフの不安を解消し, ケアの方向性を示す。またケアを実際に行って直接介入をすることで, 臨床でのケアモデルとなっている。そうした介入の結果として, せん妄発症を早期に発見することができ, 治療効果が上がっている報告がみられるようになった。

文 献

- 1) 太田喜久子, 粟生田友子, 南川雅子, 長谷川真澄, 寺井美峰子, 大友由香子ほか: せん妄状態にある高齢者への看護ケアモデル—一般病院における高齢者ケアの探求—。看護技術 1998;44 (11):1217-1226.
- 2) 和田 健: せん妄の臨床—リアルワールドプラクティス, 新興医学出版社, 2012.
- 3) 一瀬邦弘: せん妄ケアへのアプローチ。精神医学レビュー, 26, ライフサイエンス, 1998.
- 4) Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State, Oxford

University Press, New York, 1990, p109.

- 5) 粟生田友子, 長谷川真澄, 太田喜久子, 南川雅子, 橋爪淳子, 山田恵子: 一般病院に入院する高齢患者のせん妄発症に関連する環境とケア因子の探索. 老年看護学 2007; 12 (1): 21-31.
- 6) 粟生田友子: せん妄のアセスメントはどのように行うか 2) 重症判定・診断・鑑別の用いるアセスメントツール. EB ナーシング 2006; 6 (4). 前掲論文 6).
- 7) 米国精神医学会編, 高橋三郎ほか訳: DSM-IV-TR: 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2002.
- 8) 町田いづみほか: 看護スタッフ用せん妄評価スケール (DRJ-S) の作成. 総合病院精神医学 2002; 14 (1): 1-8.
- 9) 綿貫茂明, 酒井郁子, 竹内登美子ほか: 日本語版 NEECHAM 混乱錯乱スケールの開発及びせん妄のアセスメント. 臨床看護研究の進歩 2001; 12: 46-63.
- 10) Ely EW, Inoue SK, Bernard GR, et al.: Delirium in mechanically ventilated patients —Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA 2001; 286: 2703-2710.
- 11) 松岡 豊, 西 大輔, 清水 研: せん妄の症状評価尺度—その信頼性と妥当性. 精神科治療学 2007; 22: 901-907.
- 12) 長谷川真澄, 亀井智子: 急性期高齢患者のせん妄発生の予測に関する看護アセスメントの構造. 聖路加看護学会誌 2006; 10 (1): 1-10.
- 13) 長谷川真澄: 急性期の内科治療を受ける高齢患者のせん妄の発症過程と発症因子の分析. 老年看護学 1999; 4(1): 36-46.
- 14) 長谷川真澄, 太田喜久子, 粟生田友子ほか: 一般病院におけるせん妄の実態. 看護研究 1996.
- 15) Inouye SK, et al.: Nurses recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Internal Medicine 2001; 161 (20): 2467-2473. 前掲論文 2).
- 16) 山内典子: せん妄ケアを極める—早期発見と予防. 看護技術 2011; 57 (5): 25-32.
- 17) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al.: A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. N Engl J Med 1999; 340 (9): 669-676.
- 18) Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F: Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. Journal of general internal medicine 1998; 13 (3): 204-212.
- 19) 山内典子: せん妄ケアを極める—基本ケア. 看護技術 2011; 57 (5): 53-58.
- 20) 菅原峰子: 高齢患者のせん妄の介入に関する文献検討. 老年看護学 2011; 16 (1): 94-103.

理解を深める問題

- 問題 1. せん妄発症リスクの高い入院患者の特徴として、誤っているものを1つ選べ。
- a 75 歳以上の高齢者
 - b 高血圧の既往
 - c 脳血管障害の既往
 - d 薬剤の長期服用
 - e 緊急入院
- 問題 2. せん妄発症の前駆症状の特徴として適していないものを1つ選べ。
- a 精神運動行動の変化（落ち着きがない, 多弁, 何度と同じ質問をする）がみられる.
 - b 感情の変化（表情が暗い, 気難しい, 異様に機嫌が良い）がみられる.
 - c 前駆症状出現からせん妄発症までは約 72 時間である.
 - d せん妄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, 気がかりがある.
- 問題 3. せん妄ケアを見過ごしやすい状態には何があるか。該当しないものを1つ選べ。
- a 認知症あるいは認知の障害がある
 - b うつ傾向がある
 - c 聴覚障害のある患者
 - d 視覚障害のある患者
 - e 80 歳以上の患者
- 問題 4. せん妄ケアのチームアプローチを臨床で開始する場合, 現場のコンサルテーションのためにはどのような専門職者で構成することが有用か, せん妄発症要因を踏まえて, 適切な構成員と考えられるものを選択し, 該当しない職種を答えよ。
- a 内科医
 - b 管理栄養士
 - c 認知症認定看護師
 - d 老年看護専門看護師
 - e 理学療法士
 - f 薬剤師

問題5. せん妄ケアとして正しいものを1つ選択せよ.

- a 昼夜逆転がある場合, できるだけ夜間の睡眠を促すために, 午睡は与えずに日中の簡単な作業を進めることが望ましい.
- b 多剤併用による発症リスクが高いので, いったんは薬剤を中止し, 原因薬剤を早期に特定することが必要である.
- c 精神運動性興奮を鎮静するために, 部屋はできるだけ光彩を抑え, 日中の光や音の調整をすることが必要である.
- d 身体因子のコントロールの中でも血中酸素飽和度をモニターすることが重要である.

問題6. 感覚刺激として適切なものを2つ選べ.

- a 部屋はできるだけ観察しやすいナースステーションの近くに置き, 人と交流できるようにする.
- b 老眼鏡や補聴器は術後できるだけ早めに使用を開始する.
- c 家族の面会は, できるだけ長い時間依頼することで患者は安心できる.
- d ラジオや音楽を流すことは, 患者の緊張を助長することがあるのでできるだけ避ける.
- e 絶飲食の必要がないなら, 食事を手術後早くから開始することは口からの刺激になるので望ましい.