COVID-19により緊急入院となった患者・家族へのDELTAプログラムを用いた早期せん妄予防の取り組み

キーワード　DELTAプログラム、せん妄予防、急性期、緊急入院、COVID-19

篠崎真帆（救急病床/北入院棟6階）

Ⅰ．はじめに

高齢化が進む日本において、高齢者の診療場面が増加している。高齢者の多くは基礎疾患を持ち、入院加療中にせん妄を発症することにより、予後に多くの影響を及ぼすとされている。

COVID-19の専門病棟では、炎症高値や低酸素、入院隔離による環境の変化などの特有のリスク因子があり、高齢者が罹患した場合、せん妄リスクは高くなる。

今年度、A 病院ではせん妄の発症予防を目的にDELTAプログラムの運用が開始となった。入院時にせん妄リスクアセスメントを行い、せん妄発症のない 70 歳以上の患者にはせん妄ハイリスク看護計画を立案し、せん妄発症予防を行っている。しかし、運用開始されたばかりであり、せん妄ハイリスク看護計画の内容を個別性に沿って介入できていない現状があるように感じていた。せん妄症状の評価も３日毎の評価になっているが、妥当であるか不明確であった。

今回、入院直後よりDELTAプログラムを活用してせん妄発症予防を行っていく上で、入院直後からせん妄ハイリスク看護計画の内容を個別性に沿って介入することがせん妄予防には効果があると考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究では入院期間中にせん妄発症なく、入院前の生活に戻れることを目標とし、入院直後よりDELTAプログラムを用いてせん妄予防介入を行う。入院時にせん妄症状のない患者に対して、せん妄ハイリスク看護計画を個別性に沿って介入していき、せん妄発症を予防することを目的とする。

Ⅲ．用語の定義

DELTA プログラム：多職種せん妄対応プログラム(Delirium Team Approach program)

せん妄：急な発症を伴う一過性の器質的な精神症候群であり、認知機能の広範囲な障害、意識レベルの低下、注意力の異常、精神運動活動の亢進または低下、睡眠・覚醒周期の障害という特徴があると定義されている。

Ⅳ．倫理的配慮

院内の倫理委員会からの承認を得て、患者本人とその家族に対して研究の目的と内容を説明し、研究参加が自由であること、途中辞退が可能であることを説明する。また、個人が特定されないようにプライバシーを保護し、収集した結果についても研究目的以外で使用しないことを伝える。

Ⅴ．研究方法

１．研究デザイン：事例研究

２．研究期間：令和３年９月～10月

３．研究対象：COVID-19の治療目的で緊急入院した認知症のない 70 歳以上の患者。入院時にせん妄症状はなく、せん妄ハイリスク看護計画立案の対象になる患者。

４．データ収集・分析方法：入院時に DELTA プログラムを用いてせん妄発症リスクを評価する。症状のない患者にせん妄ハイリスク看護計画を立案し、個別性のある計画の立案、介入を行う。せん妄症状チェックリストを用いて毎日、せん妄症状の有無を評価し、せん妄予防を実施する。

Ⅵ．患者紹介

１．事例対象：B氏、70歳代、男性、認知症なし。入院時せん妄症状なし。COVID-19の治療のため入院。在棟日数７日間。

２．入院前の状況：独居。キーパーソンは長

男であり、県外に在住。ADL はなんとか自立しており、独居でも生活できていた様子。介護保険は未申請。

3．既往歴：2 型糖尿病、緑内障、難聴など

4．現病歴:自宅で体動困難になり救急要請。来院後、COVID-19 の陽性を確認。最終受診日は前月末であり、その頃から徐々に体動困難あり、食事摂取困難になった。入院時は発熱なく、酸素 2L 投与し、SpO2 96％を維持。労作時の呼吸困難あり、咳嗽はなし。

Ⅶ．結果

1．入院時せん妄リスク評価

DELTA プログラムを用いて入院時にせん妄発症リスクを評価したところ、①70 歳以上、②炎症所見高値（入院時 CRP2.88)、③低酸素（酸素投与にて SpO2 95％以上を維持できる状態であったため）の 3 つの項目で当てはまり、せん妄ハイリスクであると判断した。せん妄症状チェックリストに沿って評価し、入院時はせん妄症状なし。JCS Ⅰ－1、難聴はあるが受け答えはできていた。

2．看護計画の立案と介入

DELTA プログラムのせん妄ハイリスク看護計画に沿って、本人から得た情報を元に、項目毎に個別性を考え、計画の立案を行った。立案内容をスタッフで共有し、本人の言動や新たな情報をタイムリーに計画に反映させ、介入を行った。(計画内容の詳細は別紙資料を参照)

3．当病棟在棟時せん妄症状の有無

入院直後から一般病棟へ転出までの 7 日間、せん妄症状チェックリストを用いて、毎日せん妄症状の有無を観察し、せん妄症状の出現はみられなかった。

4．転棟時の看護

約 1 週間 COVID-19 の専門病棟に在棟し、COVID-19 の陰性確認後、一般病棟へ転棟となった。在棟中に実施したせん妄予防の介入を資料にまとめ、一般病棟の看護師長、リーダー看護師、受け持ち看護師とカンファレンスを行い、情報を共有した。せん妄ハイリスク看護計画に沿って立案、介入したことを詳しく申し送ることで一般病棟でもせん妄症状の出現なく経過できていた。B 氏は転棟後、19 日間後にリハビリ病院へ転院となり、A 病院入院期間中にせん妄症状は確認されなかった。

5．多職種での関わり

DELTA プログラムは多職種でせん妄予防に取り組むプログラムである。B 氏の ADL の低下を防ぐために早期から主治医と情報共有を行い、入院 4 日目からリハビリを導入することができた。また、理学療法士と B 氏の情報共有を行った。1 日のリハビリ時間は限られているため、日常生活の中で看護師ができるリハビリを行うなど、多職種で B 氏のせん妄予防に取り組むことができた。B 氏は眠剤などの使用はなかったが、せん妄発症を誘発する薬剤がないか薬剤師の介入、情報共有を行った。

6．家族へのせん妄予防の取り組み

今回 COVID-19 の影響で B 氏が隔離されており、家族が来院されることは無かった。しかし、面会は困難であったが、電話にて家族へ本人の状態を伝えることや、直接本人と電話できる環境を整えるなどで家族と共に介入を行うことができた。

Ⅷ．考察

先行研究で小川らは、患者がせん妄を発症することで、将来的にも、再入院・死亡率や合併症の増加・退院後の死亡率にもつながる[1)]としており、入院直後からのせん妄予防の重要性について述べている。このことを踏まえ、B 氏に入院直後から個別性を重視してせん妄ハイリスク看護計画の立案を行った。B 氏は入院中にせん妄を起こすことなく、短期間で退院することができており、入院直後からのせん妄予防が重要であると考える。また、

長谷川らは、せん妄を発症した患者の発症時期は全員が入院当日から3日目までの時期であったと報告している[2)]。毎日せん妄症状の有無を評価し、患者の言動などを注意して観察することで、せん妄症状の早期発見に努めた。入院直後からせん妄予防を実施し、せん妄発症の有無を継続して観察、評価していくことが重要であると確認できた。

さらに長谷川らは、高齢者は加齢により生理機能や適応能力が低下しており、病院という非日常的な環境下で急性期の治療を受けることがさらなるストレスとなり、身体的心理的反応の1つとしてせん妄発症が考えられている[3)]と示している。B氏の自宅での様子や活動状況などの入院前の生活に関する情報を収集し、せん妄ハイリスク看護計画の項目に沿って、患者の個別性を重視し立案した。COVID-19による隔離などの制約がある中でも、可能な限り、入院生活・療養環境を本人の生活状況に近づけることで本人が受けるストレスが軽減され、せん妄発症予防に繋がったと考える。

B氏はCOVID-19の陰性確認後、隔離というストレスを軽減するために、一般病棟へ転棟となった。療養環境が変わることが新たなストレスになると考え、一般病棟の看護師とB氏のせん妄予防として介入した内容などを細かく申し送りを行い、共有した。

B氏はその後も、せん妄発症なく経過し、せん妄発症の多い入院から3日目までだけでなく、環境の変化や病状の変化などをアセスメントし、継続してせん妄予防に取り組むことが重要であると示唆された。

DELTAプログラムは多職種でせん妄予防に取り組むものであり、B氏に対しても多職種でお互いに情報交換を行い、せん妄予防としての介入を行うことができた。看護師から多職種へ働きかけ、多角的に評価し、せん妄予防を行うことが重要であると考える。

せん妄予防は本人だけでなく、せん妄について家族と共有することが重要とされている。COVID-19の流行で面会の制限により、対面での家族への取り組みが困難であったが、電話で本人の状態などを伝え、家族の反応を確認することはできた。制限がある中でも、電話での説明などさまざまな形で家族と共に、せん妄予防を行うことが必要である。

Ⅸ. 結論

入院直後よりDELTAプログラムを用いて個別性のある計画を立案し、介入すること、継続して実施することがせん妄予防に繋がったと考えられる。せん妄予防は看護師だけでなく、専門性を持った多職種が協働して評価を行い、せん妄予防に取り組むことが重要である。面会制限がある中でも、様々な方法で家族へもアプローチを行い、家族と共に介入を行うことが、せん妄予防には重要であることが示唆された。

Ⅹ. おわりに

本研究では1事例のみの介入であり、今回の結論を一般化することは難しく限界がある。

入院直後からDELTAプログラムを用いてせん妄予防を取り組み、個別性を重視した看護計画の立案、介入により、入院中のせん妄予防に繋がった。

今回の取り組みを元に、DELTAプログラムを活用した多職種でのせん妄予防の取り組みに今後さらに注力していきたい。

Ⅺ. 引用文献

1）小川朝生：「これ、せん妄？」と思った時の対応とケア、エキスパートナース、33巻(12号) P50-71、2017.

2）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、Vol.4 No.1 P36-46、1999.

3）長谷川真澄：急性期治療を受ける内科高齢患者の入院3日目におけるせん妄発症のリスク因子、老年看護学、Vol.14 No.2 P50-59、2010.

資料1）DELTAプログラムのせん妄ハイリスク看護計画の内容

＃せん妄ハイリスク看護計画　　看護目標：せん妄を発症しない 　立案日（　　）サイン（　　　）終了日（　　）サイン（　　　） 　再立案日（　　）サイン（　　　）終了日（　　）サイン（　　　） T−P） ・夜間の睡眠確保　　　　　　・疼痛評価と症状緩和ケア ・安全を確保できる環境調整　　・早期離床 ・必要な水分摂取の確保　　　　・排便コントロール ・リアリティーオリエンテーション　・時計、カレンダーの設置 ・STEP2.せん妄症状チェックリストを使って、1回/週評価する E−P） ・せん妄の患者、家族指導（せん妄パンフレットを使用）

資料2）A氏に実施した看護計画と介入、A氏の反応

項目	A氏に合わせた看護計画	A氏の反応
夜間の睡眠確保	夜間の睡眠確保 日中傾眠傾向→リハビリ導入し、日中の活動を促す。	夜間の入眠は良好。 入院4日目からリハビリの介入開始。食事や排泄などは徐々に離床して行った。
安全を確保できる環境整備	本人と相談し、部屋のレイアウトの調整を実施。（ベッド柵の位置、L字柵の使用、尿瓶の設置など）	ベッドサイドに立位で尿瓶を使用するため、L字柵は開けておいて欲しい。→本人と相談し、L字柵はオープン、ベッドサイドの左側に設置した。
必要な水分摂取の確保	毎日の体重測定の実施。 食事摂取量の観察、飲水を促す。 排尿チェックシートを活用し、排尿パターンの把握、トイレ誘導を実施。	排尿チェックシートを活用し、6時/11時/16時/21時にトイレ誘導、声掛けを実施し、排尿できていた。
排便コントロール	最終排便が不明であり、薬剤使用し、排便コントロールの実施。 車椅子トイレへ案内し、排便環境を整える。	車椅子トイレへ案内したことで排便もあり、「すっきりした」との発言もみられた。
リアリティーオリエンテーション	入院している病院名を明記したポスターを本人の見えるところ、ベッドサイドに掲示し、活用する。	訪室時などに本人と一緒に確認し、入院中、場所の見当識障害はみられなかった。
時計・カレンダーの設置	本人のベッドサイドに設置し、日時の確認だけでなく、入院から何日経過したかなどを一緒に確認する。	カレンダーに入院日を記載し、入院から何日経過したかなどを一緒に確認していた。
疼痛評価と症状コントロール	症状のコントロールとして、労作時のSpO2の低下がみられていたため、活動を行う前にはあらかじめ酸素投与量を増やし、少しずつ離床できるようにしていく。	呼吸苦の訴えはないが、会話や労作時にSpO2の低下があったため、会話や活動時には酸素投与量を増量し、SpO2の低下予防、本人の苦痛を軽減できた。
早期離床	早期にリハビリ介入を行う。個室から大部屋に移動し、活動範囲を拡大させる。COVID-19の陰性確認後、転棟し、隔離制限の解除、活動範囲の拡大を図った。	入院4日目からリハビリの介入を開始。初日の歩行は本人の拒否があったが、後日の歩行訓練で「久しぶりに歩けて気持ちがいい」との発言もみられた。