

緊急入院した高齢者に対する低活動型せん妄へのアプローチ

キーワード：緊急入院・高齢者・急性期・低活動型せん妄

○矢口亮一（救急病床）

I. はじめに

Lipowski はせん妄とは、「急な発症を伴う一過性の器質的な精神症候群であり、認知機能の広範囲の障害、意識レベルの低下、注意力の欠如、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」¹⁾と定義している。一般的にせん妄を発症する割合は入院患者の 10～15%の高齢者に起こりうると言われている。せん妄は患者・家族にも医療者にとっても大きな混乱・困惑・危険を招く頻度の高い合併症である。せん妄は過活動型・混合型・低活動型に分類され、その中でも低活動型せん妄は過活動型せん妄より認識が難しく予後が悪いとされている。低活動型せん妄は入院した 70 歳以上の患者の 40%が発症し、混合型を含めると 80%が発症しているという統計もある。²⁾また低活動型せん妄は症状からもうつ状態との判断が難しく見落とされていることが多い。私は、いままで過活動型せん妄を発症した場合はせん妄対策を行っているが、せん妄を発症した後に対策を行っている現状があった。またせん妄のアセスメントが行えていないことに気づき、確立されているアセスメントツールを活用し、アセスメントを行った上で低活動型せん妄に対する予防を行っていきたいと考え、本テーマに取り組むこととした。

II. 研究目的

低活動型せん妄は、うつ状態などとの判断が難しく、臨床の現場でも見落とされがちであり、当部署においても過去にせん妄の研究を行った際に低活動型せん妄であった可能性のある事例があった。せん妄の診断と重症度を評価する DRS-R-98 を用いてせん妄のアセスメントを行い、エビデンスに基づいたせん妄予防を行っていくことを目的とする。

III. 用語の定義

・低活動型せん妄：無関心・不活発・動作緩慢の様な症状を呈し、せん妄の分類で予後の悪いタイプ

- ・高齢者：救急病床に入院してきた 70 歳以上の患者
- ・アセスメントツール：DRS-R-98（日本語版せん妄評価尺度 98 年改訂版）13 項目の重症度スコアと診断用の 3 項目を加えた合計スコアで評価し、重症度：10 点 総点：14 点以上でせん妄と判断する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究対象：救急病床に入院となった 70 歳以上の高齢者で認知症の診断がなく過活動型せん妄を呈していない患者
3. 研究期間：平成 30 年 6 月 12 日～6 月 19 日
4. データ収集の方法：救急病床に入院した 70 歳以上の高齢者へ入院時に DRS-R-98 を用い、せん妄の診断と重症度を評価する。せん妄と評価した場合は看護プランを立案し看護介入を行う。
再評価は入院翌日から毎日 14 時に評価を行う。看護プランの評価は入院後 3 日目・7 日目に
行い以後は 1 週間毎の評価を行う。
5. 分析方法：
低活動型せん妄の評価
DRS-R-98 の結果と日々の記録より看護プランと
妥当性を評価する。

V. 倫理的配慮

倫理委員会での承認を得た上で、研究対象者及び家族に研究目的・内容・方法について説明し、研究参加は自由意思にあること、途中で辞退が可能なこと、辞退した場合でも不利益が生じないことを伝えた。また個人情報保護の観点から、個人が特定されないようにプライバシー保護に努め、得られた情報は研究以外の目的で使用しないことを説明し同意を得た。

事例紹介 A 氏 85 歳女性（認知症なし）
病名：尿路感染症・敗血症

既往歴：僧帽弁閉鎖不全症・冠攣縮性狭心症
虚血性腸炎・難聴・うっ血性心不全・せん妄
TIA・HT

現病歴：平成 30 年 6 月初旬より倦怠感出現し娘宅で経過を見ていたが症状改善せず。6 月 11 日悪寒戦慄出現し救急要請し当院へ緊急搬送となった。発熱の原因は不明であり不明熱の診断で ECU へ入室。

社会背景：独居生活、近所に次女家族在住。

ADL は自立。自宅では家事以外はほとんど TV を見ていたり、活動性は低いが時々庭の家庭菜園を行っていた。

入院環境：オープンフロアの窓側。持続点滴、モニター管理、酸素投与中。

VI. 結果

入院時は起き上がり動作や点滴を触るなどの危険行動もなく、刺激を加えないと覚醒せず傾眠で過ごしていた。家族へ情報収集すると入院前は家庭菜園など時々行っていたとの情報提供があった為、DRS-R-98 を用い低活動型せん妄の評価を開始した。以下に DRS-R-98 の結果を示す。

入院病日	重症度	総点数	主な看護介入
1 病日	11 点	14 点	時計・カレンダーなど家族へ持参依頼 日常生活の行動パターンを家族より情報収集 カレンダーの設置 夜間点滴について主治医へ相談し夜間点滴中止へ リハビリ介入依頼
2 病日	10 点	13 点	リハビリ介入開始 車イス移乗し食事摂取開始
3 病日	7 点	10 点	家族より時計・カレンダー・補聴器・雑誌の持参あり
4 病日	6 点	9 点	リハビリ介入中 離床し歩行訓練

			車イスで食事摂取継続中
5 病日	6 点	9 点	4 病日と同様
6 病日	6 点	9 点	4 病日と同様

元々、ベルソムラを眠前に定期内服しており持参薬継続指示に従いベルソムラを内服し、夜間睡眠の確保を図ったが持続点滴の影響もあり排尿のため 2 時間毎に中途覚醒が見られていた。主治医へ夜間点滴を中止出来ないかアプローチし日中のみの点滴へ変更してもらった。夜間点滴を中止してからは、排尿のための中途覚醒は 1 回に減り入眠を確保する事が出来た。「今日は何日？」と曜日の感覚がなかった為カレンダーを設置した。コミュニケーションの中でリアリティオリエンテーションを用いて季節や時間を知らせるようにした。主治医へ早期リハビリ介入を依頼し入院 2 病日目よりリハビリを開始し離床を図った。また、食事摂取は車イス移乗し座位での食事摂取を取り入れた。コミュニケーションは難聴もあり集音器を使用していたが、家族より補聴器を制作中との情報があり完成後持参していただくよう説明を行い、入院 3 日目から補聴器の使用を開始した。大事な事などは筆談を用いてコミュニケーションを図った。また家族へ自宅での生活状況の情報収集を行い日中の活動パターンを把握した。家族からは日中は TV を見て過ごす事が多く、ソファからあまり離れることはないとの情報提供あり食事摂取後は TV 鑑賞して過ごす時間を多めに確保した。また家族へ頻回の面会と自宅で使用しているカレンダーや時計、孫、ひ孫の写真、雑誌などの持参を依頼した。入院 3 日目にはカレンダーや時計・写真などの持参があった。

入院 3 日目には低活動型せん妄より離脱でき、看護プランは終了としたが、せん妄の既往もあり引き続きせん妄予防の看護プランへ変更した。入院期間中、低活動型せん妄離脱後よりせん妄を発症する事なく入院 9 日目に自宅退院となった。

VII. 考察

入院 1 病日目に「ここはどこ？」「今日は何日？」と見当識障害を呈していた。危険行動は認めなかった

が、刺激が加わらないと傾眠で過ごしていた。家族より、入院前の生活を情報収集すると、自宅室内での生活が中心でTV鑑賞して過ごす時間が長く家事以外の活動は少なかったとのことであった。元々活動量は少ないが、入院1病日目の状態は、更に活動量が低下していると判断し、アセスメントを行った。結果、DRS-R-98で重症度11点・総点14点と低活動型せん妄の状態であった。その要因は、高齢やせん妄の既往などの準備因子に加え、緊急入院や感染・発熱に伴う病的苦痛の直接因子の影響が関与していると考ええる。

入院1病日目に主治医へ相談し夜間の点滴を中止したことで排尿に伴う夜間中途覚醒の減少や常用薬の使用など夜間の入眠を確保出来た。リハビリテーションを開始し、食事は車イスへ移乗し窓際で摂取するようにし、生活リズムがつくように介入した。入院2病日目にはDRS-R-98で重症度10点・総点13点と改善を認めた。日常使用している集音器や時計・カレンダー・写真など視覚的刺激を早期に加え、家族へできる限り面会に来てもらうように依頼し、3病日目にはDRS-R-98で重症度7点・総点10点とせん妄状態から離脱できた。

低活動型せん妄は入院前の生活や心的要因も影響されるため家族から自宅での生活パターンなど情報収集し、緊急入院によるちょっとした変化を早期に捉え発見していくことが重要だと考える。

酒井らは、「せん妄を誘発しやすい環境要因を知った上で、周囲の状況を理解しやすい環境・過剰な刺激の回避・良質な睡眠の確保・安心できる環境・生活機能の維持といった観点で療養的な環境づくりをしていく事で、せん妄の発症・程度の軽減を図る」³⁾と述べている。今回の事例では、早期に夜間の良質な入眠を確保できたことや生活機能の維持など療養環境を整えたことが早期にせん妄状態から離脱出来き、過活動型せん妄へ移行することを予防できたと考える。

今回、DRS-R-98を用いたことで客観的に患者のせん妄状態を評価することができた。その結果、スタッフ全体が低活動型せん妄予防に向け統一した看護を行うことができた。

酒井らが「せん妄は患者・家族にも医療者にとって大きな混乱・困惑・危険を招く頻度の高い合併症で

ある。」⁴⁾と述べている。患者・家族の心身の負担を考慮すると発症してから介入を開始するのではなく予防が必要である。その為には、せん妄アセスメントツールを用いて客観的に患者の状態を評価し、看護問題を立案し、スタッフ全員で統一した介入を行い、適宜看護プランを追加修正しながら看護を行う事で低活動型せん妄の予防・早期離脱に繋がると考える。

VIII. 結論

- ① 緊急入院早期から状態や生活の変化を捉え、異常を早期に発見する事が大切。
- ② せん妄アセスメントツールを用いて客観的に評価し、適宜看護プランを追加修正しながら看護を行うことで低活動型せん妄の早期離脱と悪化予防に繋がる。

IX. おわりに

救急病床は心身ともに不安定な患者が多いが、せん妄発症の早期発見・早期介入ができる部署でもある。また患者・家族・医療者にとって困惑をもたらす「せん妄」・危険行動がなく見落とされやすく、予後が悪いと言われている「低活動型せん妄」を予防・早期発見・早期離脱出来るように、入院時より患者の状態や生活の変化を早期に捉え、アセスメントツールを活用し客観的に評価し統一した看護介入を行ってきたい。本研究は1事例のみの看護展開であり、今後も低活動型せん妄への早期発見と早期介入を継続していくことが課題である。

〈引用文献〉

1. 2) Lipowski ZJ: Delirium Acute. Confusional Astate, Oxford University Press. New York: P109 1990
- 3) 酒井郁子他: どうすればよいのか? に答えるせん妄予防スタンダードケア Q&A100 南江堂 P72 2014
- 4) 酒井郁子他: どうすればよいのか? に答えるせん妄予防スタンダードケア Q&A100 南江堂 P5 2014