

せん妄ケア改善の取り組み —せん妄ケアのガイドラインの作成と導入—

キーワード：せん妄

中1階病棟 ○石橋直子 稲永貴子 高島静美 山本由香

I. はじめ

当院整形外科病棟では、環境の変化や疼痛手術などが原因で術前術後にせん妄を起こす患者が少なくない。せん妄を発症すると看護師はその対応に追われると同時に、せん妄が原因で転倒やカテーテルの自己抜去などの事故が起こることがしばしばあった。せん妄の原因として、高齢化に伴う患者自身のリスク因子の増加と、看護師のせん妄に対する知識や認識不足が考えられた。

そこで今回、せん妄ケアのガイドラインを作成し、せん妄ケアの改善に取り組んだ結果、効果が得られたためここに報告する。

II. 用語の定義

せん妄：脳の一時的な機能失調によって起こる注意の障害を伴った、軽い意識のくもりを基盤とする症候群

III. 目的

- ① せん妄ケアをガイドライン化することで看護師のせん妄に対する知識認識の向上を図ることができる。
- ② せん妄ケアをガイドライン化することでせん妄が原因となる事故を予防することができる。

IV. 研究方法

- ① 研究期間：平成20年8月から10月

- ② 研究対象：

当病棟に入院する75歳以上の患者
当病棟に勤務する研究者・管理者を除く看護師24名

- ③ 研究方法

1. ガイドラインの設定
2. H19年8～10月とH20年8～10月のせん妄が原因となる事故を比較する。
3. 看護師に対し、ガイドライン導入前後でアンケート調査を行う。

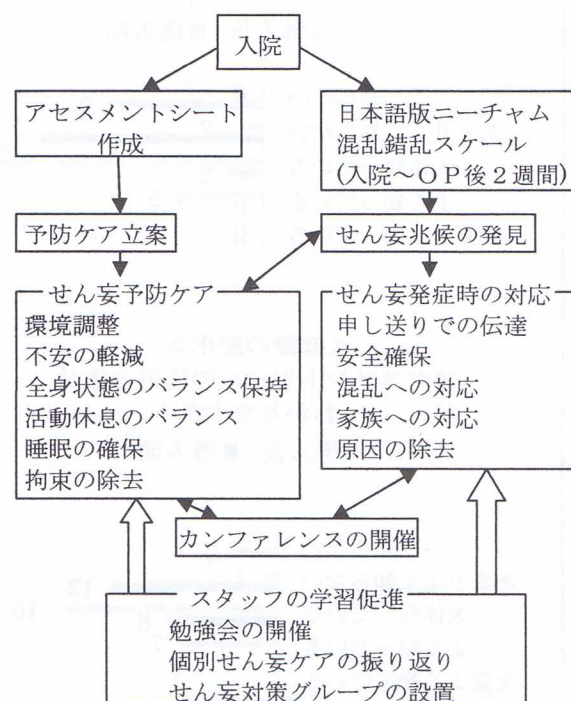


図1 せん妄ケアのガイドライン

V. 実施・結果

<看護師のケアの変化について>

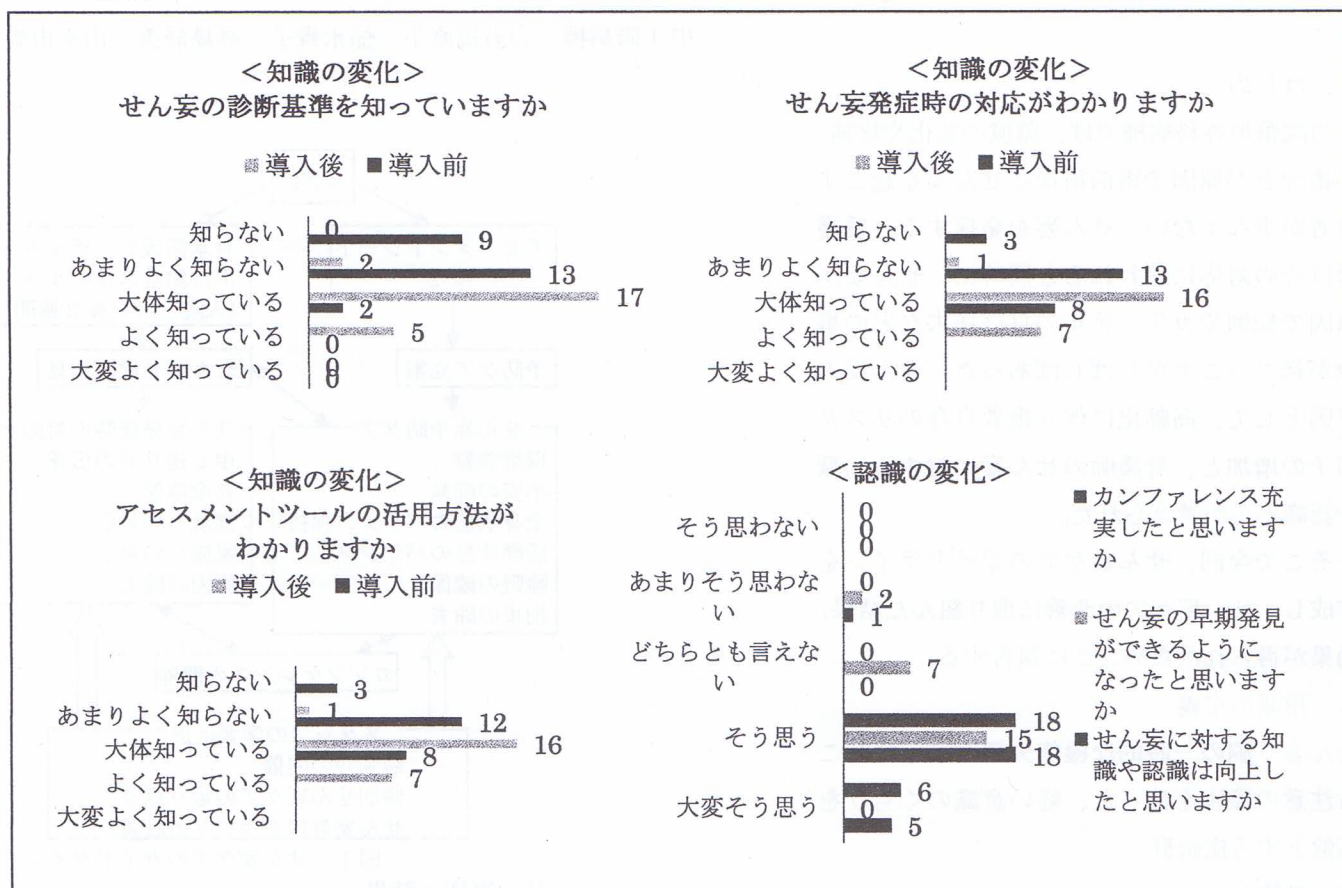
ガイドラインの導入にあたり、看護師にせん妄の基礎知識・アセスメントツールの使用方法などについて学習会を行った。導入してすぐはカンファレンスが徹底できず対処が遅れることもあったが、せん妄グループの働きかけにより適宜行えるようになった。

カンファレンスの内容が充実することで予防ケアも充実し、睡眠の確保や疼痛緩和・環境調整・リアリティオリエンテーションなど意識して行うようになった。安全対策についても手術室の協力を得てドレーンや尿留置カテーテルをコンビネーション衣の足元から誘導したり、点滴を足に確保することで自己抜去を防止した。せん妄発症時は家族の不安を除去するとともに、早期の離脱が図れるようにせん妄の原因除去に努めるようになった。

具体的な対応は表3参照とする。

アンケート結果

<表 1>



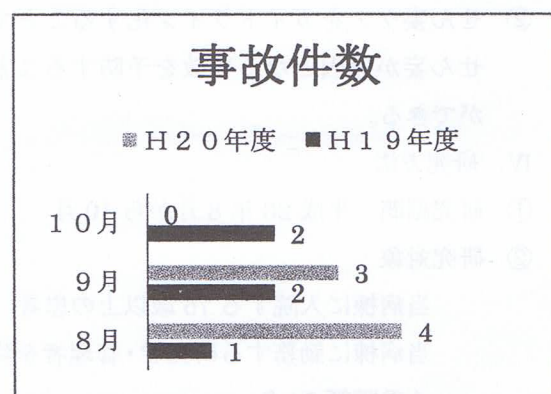
アンケート結果は<表 1>参照。知識を尋ねた項目では、導入前後を比較すると 3 項目とも導入後の知識の向上が見られた。認識が向上したと思うと答えた看護師は大変そう思う(4.2%)そう思う(75%)、カンファレンスが充実したと答えた看護師は大変そう思う(25%)そう思う(75%)であった。一方、早期発見ができるようになったと感じると答えた看護師はそう思う(62.5%)どちらとも言えない(29.2%)そう思わない(8.3%)と課題が残った。

意見として、「入院時にリスク分析することでハイリスクの患者が見分けられるようになった。」「せん妄への関心が高まった。」「予防ケアに力を入れるようになった。」「カンファレンスを行うことで個別的な対策が検討できた」という意見が多かった一方、「昼と夜の変化が激しいため、スケールをつけることで早期発見が来ているとは思はない」という意

見もあった。

<事故件数>

<表 2>



H19年度の事故の内訳は転倒 2 件・カテーテル抜去 3 件であった。H20年度の内訳はカテーテル抜去 3 件・離院 1 件・皮膚損傷 2 件自己抜鉤 1 件であった。その内 3 件はせん妄が重症化した同一患者によるものであった。

VI. 考察

せん妄は事前のアセスメントで発症リスクを把握し、誘因を除去することで予防が可能である。また発症した場合でも適切な対応により重症化を防ぎ早期の離脱を図ることができると言われている。瀧口¹⁾はせん妄ケアの問題点として①せん妄に関する認識不足②せん妄に関する術前のアセスメント不足③せん妄の予防を意識した対応の欠如④せん妄の発症を想定した治療・看護計画がたてられておらず、せん妄発症時の対応に追われていること、と言っている。それらの問題点を考慮してガイドラインを作成し、学習会を行い導入したことはガイドラインを導入するのに効果的であった。また学習会を行うことでせん妄に関する知識を習得し、実際のケアに反映させることができたことがアンケート結果より明らかになった。ただ、＜せん妄の早期発見ができるようになったと思いますか＞の問いでは、そう思う(62.5%)どちらとも言えない(29.2%)そう思わない(8.3%)であり、早期発見を目的として使用しているアセスメントツール(日本語版ニーチャム混乱錯乱スケール)の活用が十分でないと考えられた。

実際のケアでは入院時のリスク分析をもとに個別性に応じた予防ケアを行うようになり、またせん妄発症を予測した安全対策を医師や他部門と協力しながら取れるようになった。これはガイドラインに沿ってリスク分析やアセスメントツールの使用・カンファレンスを行った結果であると言え、ガイドラインの内容は適切であった。

事故件数は前年度と比較するとH19年度5件、H20年度7件と増加した。しかし今年度は8月4件・9月3件・10月0件と減少傾向であり、カンファレンスの内容の充実やせん妄を予測した安全対策の立案が事故の減少につながっていると考えられる。今回は調査期間が短期間であったため、今後追跡調査を行う必要がある。一瀬²⁾はせん妄を早期発見す

るためにはスケールのほか、看護師の直感が有用であると言っている。今後、せん妄ケアのガイドラインをさらに定着させるとともに看護師一人一人のせん妄に関する知識や認識が維持できるようサポートしていく必要がある。

VII. 結論

- ① せん妄ケアのガイドラインを導入したことは看護師の知識・認識を向上するのに効果的であった。
- ② ガイドラインを導入したことにより、個別性に応じた予防ケア、発症時の対応ができるようになった。
- ③ せん妄が原因となる事故を減少するにはせん妄ケアのガイドラインを活用し定着させることが課題である。

VIII. おわりに

これまでせん妄を発症してはその対応に追われるという現状にあった。今回病棟全体でせん妄ケアの改善に取り組んだことで、認知症とせん妄の違いが明確になり、ケアの必要性や介入の方法を見出し、定着させることができた。

せん妄が発症すると患者への苦痛が大きいばかりでなく、合併症の併発や基礎疾患が悪化するなど病院側への負担も大きい。今後は院内でも活動を広げられるよう、システムを整えていきたいと考える。

【引用文献】

- 1) 瀧口章子:大学病院におけるせん妄ケアのプロセス. 看護管理, 574-580, 2007
- 2) 一瀬邦弘:すぐに見つけて!すぐに対応!. 照林社. 44-50 2002

【参考文献】

太田喜久子: EB NURSING, Vol.6 No4
せん妄ケアはどこまで進んでいるか.
中山書店

	症例 1：82 才男性 腰部脊柱管狭窄症	症例 2：81 才男性 上腕骨外科頸骨折
状況	<p>術後 1 日目でせん妄発症し、ドレーン自己抜去。その後夜間のみ、つじつまの合わない行動ある。術後 3 日目夜間、せん妄が重症化。興奮状態となり、玄関のガラスを破損し第 4 指切創。退院前日再びせん妄状態となり離院した。</p>	<p>保存療法目的で他病棟に入院。入院後より落ち着き無くなりせん妄兆候があった。ベットコントロール時せん妄の情報なく、入院 2 日目で中 1 階に転入。転入後、夜間せん妄ひどくなり帰宅願望強く転倒・離院のリスク高まった。</p>
対応	<p>入院時のアセスメントシート作成時はハイリスクとは判断していなかった。ニーチャム混乱錯乱スケール (J-NCS) 30 点。術後 3 日目カンファレンス施行。J-NCS28 点。日中は見当識保たれており、この時点でも看護師に危機感は無かった。4 日目、重症化した後全体カンファレンス行う。氏のせん妄対処について話し合うと共に、興奮時の対応について再確認する。せん妄を誘発する因子として氏の几帳面な性格・疼痛・睡眠パターンの変調 (特に中途覚醒) が考えられ、疼痛コントロール・精神科コンサルトによる眠剤の検討・環境整備・丁寧な対応・家族のフォローをプランに追加。安全対策として日中の家族の付添、ベットの壁づけ、センサーマットを使用した。その後 J-NCS 25～28 点。夜間見当識障害あるが睡眠確保でき異常行動には至らなかった。その間毎日申し送りにて氏のせん妄状態についてスタッフにアナウンスし統一した関わりが行えるようにした。また頻回にチームカンファレンスを行い、せん妄ケアの評価修正を行った。しかし退院前日、氏の希望から眠剤内服せず離院となった。退院後全体で症例カンファレンスを行いせん妄の基礎知識の確認、興奮状態時の対応など意見交換した。</p>	<p>転入時せん妄の情報得たため、日中の家族の付添確保・センサーマット設置・ベットの壁づけおこなった。(J-NCS24 点) 夜間帰宅願望強くなり落ち着き無くなる。不眠のためセレネース・アキネトン使用。主治医へ自宅退院が可能かアプローチ行おうが入院継続との判断であった。土曜日でありカンファレンスは行えなかったがメンバーで話し合い、長時間睡眠が確保できるよう、眠剤変更してもらった。しかし眠剤内服後も入眠できずせん妄重症化。暴力的になり、玄関を探し回るため、トラブルや離院・転倒のリスク高まる。主治医へこのままでは患肢の安静が保てないうえに、せん妄による弊害も大きいことを伝え、自宅退院が可能かどうかその場で話し合った。その結果、娘夫婦の協力を得て、週初めより訪問看護を導入することを決定し外泊、日曜日退院となった。家族へはせん妄であり一時的な症状であることや、対処方法、患肢の扱い方など説明し、大きな不安は見られなかった。日曜日電話訪問したところ睡眠がとれ表情もすっかりしたとのこと。月曜日の外来受診時はせん妄離脱していた。</p>
振り返り	<p>ガイドライン導入して間がなく、せん妄兆候発見時の対処が遅れた。せん妄の日内変動性を理解できていないため、日中の氏の状況からせん妄は起こさないだろうという思いがカンファレンスの遅れ・対応の遅れを招き、重症化を誘発した。しかしこのことが看護師のせん妄に対する危機感を高めることとなり、せん妄兆候が見られた時や、夜の J-NCS に変動があった場合などすぐにカンファレンスにかけるようになった。また、全体カンファレンスを行うことで重症化した時の対応についても共通認識できた。</p>	<p>せん妄の誘発因子が環境の変化であることが明確であったため、医師・家族に早急にアプローチが行えた。また週末や夜間ではあったがメンバーで情報を共有し対策を検討できた。その結果転倒や暴力行為などの事故に至らずせん妄の早期の離脱ができた。知識を持って医師へアプローチしたことや家族へ説明したことも自宅退院の要因となった。</p> <p>この症例ではせん妄になっているにもかかわらず転棟した。環境の変化がさらにせん妄を誘発したと考えられ、ベットコントロール時に情報を得ておく必要があった。</p>