

# 緊急入院患者に対するせん妄予防の取り組み

キーワード：救急、せん妄、予防、看護介入

○上川知広 中里さかえ 杉田恵美 衛藤正昭 研井礼子 (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」と定義している。一般的にせん妄の発生する割合は、約 10～30%とされ、70 歳以上の患者では 15～50% に発症すると言われている。せん妄の発症は患者自身の苦痛はもちろん、それに伴う危険行動や鎮静を目的とした薬物投与による廃用性症候群など二次的な合併症を起こす危険がある。せん妄における看護で一番大切なことはせん妄の発症を予防することである。

A 病院は 511 床を有する二次救急医療施設である。救急病床は昼夜を問わず救急外来や一般外来からの緊急入院を年間約 1200 件受け入れる一般病棟である。平成 24 年度より救急外来との一元化が行われ、救急外来からの継続看護に力を入れている。当部署への入院患者は 70 歳以上の高齢者も多く、入院後せん妄を発症する事例も多い。救急外来ではせん妄発症リスクのある患者については、看護師個人の主観的なアセスメントでリスクを捉え、病棟へ申し送りを行っている。救急病床ではその情報を離床センサー設置などの危険防止に活かすことが多いが、積極的なせん妄予防看護が行われていないことが現状である。今回救急外来と救急病床間でせん妄の学習会を行い、ニーチャムスケールを共通使用し、せん妄発症リスクの早期発見とせん妄予防看護に取り組んだのでここに報告する。

## II. 研究目的

救急外来よりニーチャム混乱・錯乱スケールを用いてせん妄・せん妄リスク状態のアセスメントを行い、せん妄予防に向けた継続看護を行う。

## III. 用語の定義

- 日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール  
通常のケア、特に患者との言動や行動・表情のやり取りの中で観察できることで評価でき患者へ負担をかけないのが特徴。
- せん妄：認知症とは異なり脳自体あるいは全身性代謝性疾患による脳機能の失調によるもの。

## IV. 研究方法

研究対象：救急外来から救急病床に入院となった 70 歳以上の高齢者。

研究期間：平成 27 年 6 月～平成 27 年 8 月 24 日

研究方法：入院時に 70 歳以上の患者へ日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールを用いてせん妄の有無を検証する。スケールの 26 点以下の患者に対し独自に作成した看護プランを立案し看護介入を実施。毎日 14 時、スケールでせん妄の経過や発症の有無の確認を行い患者に合ったプラン立案・修正を行いせん妄予防を行う。対象期間：看護プランを立案した日から 10 日または救急病床に滞在期間に行うものとする。

## V. 倫理的配慮

研究以外で個人情報が出ないように配慮した。

## VI. 結果

### ・事例紹介

#### 事例 1

患者：K 氏 73 歳男性（認知症なし）

病名：不明熱

既往：健診にて I P F（特発性肺線維症）の指摘、A I H（自己免疫性肝炎）

社会背景：妻と二人暮らし。ADL 自立。普段の生活は家事、ウォーキングを行っていた。

入院環境：入院時大部屋へ入室。

治療：抗生剤投与。

患者：受け答えなどは問題なかったが、KT 40℃台と高熱があった。救急車搬送後、急に起き上がったりするなどの行動があった。外来にて解熱目的でロキソプロフェン錠 60mg 1 錠内服する。入院後に 37.1℃まで解熱するが、血圧も 70mmHg と低下がみられ一時的な意識レベルの低下が見られた。尿留置カテーテル挿入中であったが、ルートに触るなどの行動は見られなかった。

看護介入：外来での申し送りとニーチャムが 21 点であったため、離床センサーを設置して入院受け入れ準備を行った。看護問題として急性混乱のリスクを立案した。夜間は、離床センサーは鳴ることなく、特に危険行動はみられなかった。頻回に訪室していたため血圧低下し意識レベルが低下した時は早期に発見し、医師への報告や対応がスムーズ行われた。翌日専門病棟へ

転棟となる。転棟先の病棟でも離床センサーを継続し危険行動に注意して観察を行ったが、特に危険行動はみられなかった。

<直接因子> 特発性肺線維症 自己免疫性肝炎 ウィルス感染症	<誘発因子> 緊急入院 持続点滴 モニター監視 離床センサー設置 尿留置カテーテル 挿入	<準備因子> 73歳
---	--	---------------

### 事例 2

患者：Y氏 102歳女性（認知症なし）

病名：急性胆嚢炎、総胆管結石

既往：急性膵炎（95歳）ASO、緑内障、白内障（99歳）

社会背景：長男夫婦と同居。食事は長男嫁が用意したものを自力摂取できていた。ADLはつたえ歩き。要介護2 2回/月の往診と1回/月のケアマネジャーの訪問以外はなし。デイサービスは本人が嫌がるため受けていない。

治療：絶食、点滴、抗生剤治療。

患者：自宅より来院。高齢だがADLはつたえ歩きでほとんど自立していた。長男夫婦と同居しており、2階に氏が住み、3階に長男夫婦が住んでいた。

看護介入：救急外来来院時ニーチャムスコア6点、脱水補正し入院前のニーチャムスコアは12点であった。難聴あるが聞き取れば指示行動がとれた。簡単な会話は可能。自力で起き上がるなどの行動は見られなかったが、心電図モニターを外すなどの動作が見られた。看護問題は急性混乱を立案した。翌日ニーチャムスコアは15点、外科病棟へ転棟になった。転棟後も急性混乱の看護問題を継続された。転棟後の8月6日にERCPを受け、その後ルート自己抜去防止のためにミトンを装着していた。8月15日にミトンを自分ではずす行動が見られたため、尿留置カテーテルを早めに抜去された。

<直接因子> 急性胆嚢炎 総胆管結石 急性膵炎 ASO 緑内障 白内障	<誘発因子> 緊急入院 持続点滴 抗生剤投与 モニター監視 絶食 尿留置カテーテル 挿入 離床センサー設置	<準備因子> 102歳 左耳難聴
---	---	------------------------

### 事例 3

患者：N氏 85歳（アルツハイマー型認知症）

病名：胆管炎

既往歴：2型糖尿病、高血圧、慢性貧血

胃部分切除（B-II法）：50年前

大動脈弁置換術（13～14年前）

社会背景：キーパーソン長男夫婦、施設入所中。ADL一部介助、要介護3。

治療：絶食、点滴治療、ERCP

患者：アルツハイマー型認知症あり。環境の変化により暴力行為（蹴る、つばを吐く）がある。

平成27年4月より反復する発熱、腹痛を認めるようになったため、高宮外科内科医院で抗生剤投与で経過を見ていた。しかし、8月17日より腹痛、発熱が出現、黄疸が顕在化したため当院救急搬送となり、胆管炎の診断でステント交換目的に入院となる。

看護介入：救急外来時ニーチャムスコア10点。危険行動ありミトンと抑制帯使用しながら家族付き添いの元、個室入院となる。看護問題は身体損傷リスク状態と転倒転落リスク状態を立案。ミトン、抑制帯を併用していたが、翌日のニーチャムスコア9点と低下あり。家族と相談しミトンのみの使用へ変更する。処置時の抵抗が強かったため事前にしっかり説明を行い介入するよう統一した。以後ニーチャムスコア9点。前回入院時杖を振り回し看護師を殴るなど興奮状態を認めたが、今回一時的な興奮のみで経過した。家族の負担を考慮し最短期間で治療を進め施設へ退院となった。

<直接因子>	<誘発因子>	<準備因子>
胆管炎 2型糖尿病 高血圧、 慢性貧血 胃部分切除 大動脈弁置換術 アルツハイマー 型認知症	緊急入院 持続点滴 抗生剤投与 モニター監視 絶食 離床センサー設置	85歳 せん妄経験あり

## VII. 考察

事例1, K氏はニーチャムスコア21点と軽度または発生初期の混乱・錯乱状態であった。日頃認知症なくADLも自立しているK氏のスコアに大きく影響していた要因は直接因子であるウィルス感染症に関連した40℃の発熱だったと考えられる。救急外来で解熱剤投与し入院した後は解熱と共に血圧も低下した。一時的に意識レベルの低下を認めたが、急性混乱のリスクを予測し訪室回数を増やしていたことでバイタルの変動も早期に発見することができ対応に繋がったと考える。

事例2, Y氏は入院時ニーチャムスコア12点で中程度～重度の混乱・錯乱状態であった。モニターを外す以外の危険行動を認めず、頻回の訪室とナースコール指導を行うことで対応している。翌日のニーチャムスコアは15点と回復を認めている。せん妄の誘発因子となる離床センサーやミトンの装着をしなかったことで回復を促したと考える。転棟先では点滴ルートを整理したり早期に尿流カテーテルを抜去しミトン装着を最小限とする介入が行われている。救急病床から急性混乱の看護プランを継続したことで転棟先でも誘発因子を減らしせん妄を予防する介入に繋がったと考える。

事例3, N氏は元々アルツハイマー型認知症があり外来でのニーチャムスコア10点で中程度～重度の混乱・錯乱状態であった。離床センサー・ミトン・抑制帯を使用中翌日のニーチャムスコアは9点と低下していたため、せん妄誘発因子である抑制帯を外し処置前の説明を十分に行うなどプランの修正が行われた結果、入院3日目のニーチャムスコア9点と低下予防に繋がっ

たと考える。N氏は前回入院時杖を振り回すなどの興奮状態を認めた方であったが、今回一時的な興奮を認めたが比較的落ち着いて入院生活を過ごすことができた。今回家族が付き添った影響が最も大きかったと考えられるが、日々ニーチャムでせん妄の状態を評価しプランの修正を行ったことも影響したと推測する。

## VIII. 結論

- ①救急外来からせん妄状態を評価し申し送ることで病棟は早期から誘発因子を少なくする介入が行えた。
- ②救急外来からの情報を元に行われた最初の介入は離床センサー使用など安全への配慮が多かった。

## IX. 今後の課題

- ①救急外来は救急病床と外来スタッフの混合で勤務しているため、外来スタッフにも日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールを理解してもらい70歳以上の全症例に対して評価が行えるようにしていく。
- ②日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールを利用している病棟が少ない。救急外来から入院する全病棟に対してせん妄対策が継続できるよう院内せん妄対策チームとも連携し取り組む。
- ③せん妄予防が心理的サポートやサーカディアンリズムの確保など安全対策以外の具体的な介入も行えるようスタッフ全体でせん妄予防に対する知識を高める。
- ④救急外来でのニーチャム評価を医師とも共有し家族説明に生かす。

## <参考文献>

- ・酒井郁子他：どうすればよいか？に答えるせん妄のスタンダードケア、南江堂、p1
- ・Lipowski ZJ:Delirium ; Acute Confusional States. Oxford University Press, New York, 1990.
- ・日本版ニーチャム混乱/錯乱状態スケール
- ・せん妄すぐに見つけて！すぐに対応！ 照林社