

高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症要因および回復時のトリガー要因と看護ケアの実態

福田和美*, 上村美智留**

Causes of Delirium and Triggers for its Remission in Elderly Patients with Respiratory Diseases and the Reality of Nursing Care for Them

Kazumi FUKUDA and Michiru UEMURA

要 旨

本研究の目的は、高齢期の呼吸器疾患患者のせん妄発症および回復に関わる要因とせん妄看護の実態を明らかにすることである。対象は、65歳以上の呼吸器疾患患者で、せん妄評価尺度（ナース版）を用いて12点以上をせん妄群とした。発症要因に関しては、せん妄群と非せん妄群の属性や入院時の状態の比較を行い、回復に関わる要因は、せん妄群のせん妄発症時と回復時の状態の比較を行った。また、せん妄患者に実践された看護は、看護記録より遡及的に収集し、質的に分析を行った。その結果、せん妄発症要因として、認知症、呼吸器症状があることが示された。また、せん妄回復要因は、体温の低下、睡眠障害の改善、点滴の中止であった。せん妄患者への看護は、「リアリティ・オリエンテーション」が最も多く、「話の傾聴」や「見守り」は少なかった。高齢期呼吸器疾患患者のせん妄看護として、定点的なせん妄のリスクアセスメントを行うとともに、早期の症状の緩和と生活リズムの調整を行い、予防的な視点における組織的な取り組みの必要性が示唆された。

キーワード：高齢者、呼吸器疾患、せん妄、看護ケア

はじめに

高齢者は加齢に伴い、身体的、精神的、社会的に適応力が低下しており、環境の変化によって生活機能が低下しやすいという特徴を持っている。そのため、入院という環境の変化に適応することが困難になり、その結果せん妄を発症することがある。せん妄は「脳機能の失調によって起こる、注意の障害を伴った意識混濁を基盤とする症候群」であり、発症が急激で、症状が一日の中でも動揺し、可逆性であることが特徴である（一瀬, 2002）。しかも、せん妄の原因は多因性であり、特に高齢者は、高齢者自身が有する認知症や基礎疾患などの脆弱性とせん妄のリスク因子が相互に影響し、容易にせん妄が発症しやすい状態になる（Inouye & Charpentier, 1996）。

せん妄が発症することは、効果的な治療効果が得られず、基礎疾患の重症化、遷延化、二次的な症状の出現により回復遅延につながる。また、在

院日数の延長やせん妄から生じた二次的の症状に対する診断や治療に要する医療費が派生し、患者の身体的、精神的、経済的側面に影響を及ぼす。さらに、せん妄は患者個人にとどまらず、病棟での業務の遂行や病院経営に影響を及ぼす（吉田, 2007）。そのため、せん妄の早期発見、せん妄のケアが重要視され、せん妄発症要因や発症パターンに関する研究（長谷川, 1999；松井ほか, 2005；Inouye & Charpentier, 1996）や、アセスメントツールの開発（綿貫ほか, 2001）、せん妄に対する介入研究（三村, 廣田, 緋田, 2004；Inouye, Bougardus, Baker, Leo-Smmers&Cooney, 2000）、ケアのプロトコル作成（太田ほか, 1998；野末, 樋山, 福田, 1998）など、せん妄に対して多側面から研究が行われている。

しかし、多くの研究は、術後の急性期を対象にした研究であり、疾患に焦点を当てた研究は少ない。唯一、菅原（2005）が、脳梗塞患者を対象にせん妄

*福岡県立大学看護学部老年看護学講座
Department of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing
Fukuoka Prefectural University

**東京医療保健大学医療保健学部
Tokyo Healthcare University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地
福岡県立大学看護学部老年看護学講座 福田和美
E-mail:kfukuda@fukuoka-pu.ac.jp

発症の実態と発症因子に関する調査を行い、高齢者で脳梗塞患者であること、入院直後であることによりせん妄発症にいたるケースが多く、せん妄発症の予測と予防的看護ケアは、入院と同時に行う必要性とともに後期高齢者と前期高齢者の差異に考慮した介入方法の検討を示唆している。

高齢者は、免疫力低下から易感染状態に陥りやすく、呼吸器疾患の罹患率は、他の年代に比べて割合が多い(財団法人厚生統計協会, 2006)。高齢期の呼吸器疾患患者は、呼吸器系の加齢変化に加え、呼吸器疾患に罹患することにより、低酸素化を招くことや、活動の制限を強いられることから、せん妄のリスクは高いといえる。疾患に焦点を当てて、せん妄のリスクアセスメントを行うことは、一般的なせん妄に対する看護ケアに加え、個別的な看護ケアを考えるうえで重要であり、今回呼吸器疾患患者に着目した。

また、せん妄の発症要因に関する調査は、入院時の患者の属性とともにせん妄発症時の患者の状態に着目したものがほとんどであり、せん妄回復時に着目した研究は見当たらない。せん妄状態の回復はせん妄の発症要因の軽減および解消ともいえる。せん妄回復期に着目することは、せん妄発症時には明らかにならない発症要因が明らかになり、せん妄のリスクアセスメントにつながる。

以上のことから、本研究は高齢期呼吸器疾患で入院した患者を対象とし、せん妄の発症に関与する要因とせん妄から回復するための要因を検討すると共にせん妄を発症した患者に対する看護師の看護ケアの実態を明らかにし、今後のせん妄の看護ケアに対する示唆を得ることを目的とする。

研究方法

1. 研究対象者

呼吸器疾患で入院した65歳以上の患者

2. データ収集期間と場所

データ収集は、2006年1月から2006年12月末までの期間に、F県内の病床数163床の地域中核病院の一般内科病棟で行った。データ収集を行った病院は、医療機能認定病院であり、抑制廃止宣言を行った施設である。

3. データ収集方法

1) 用いた測定用具

せん妄発症の有無は、太田ほか(1998)が作成したせん妄評価尺度(ナース版)を用いた。せん妄評

価尺度(ナース版)は、DSM-III-R分類をもとに作成されたDRS(Delirium Rating Scale)を一瀬らが日本語版を作成し、信頼性および妥当性が検証されたものを、看護者にとって評価しやすいように修正を行って作成したものである。修正後の尺度は、臨床看護師との数回の検討により、使用可能性が示されている。なお、32点満点中12点以上をせん妄状態であると判断される。せん妄に関するスケールは多数開発されているが、本研究では、臨床の看護師に採点を協力していただいているため、看護師が簡便に採点できるものとして、せん妄評価尺度(ナース版)を使用した。なお、研究開始前に尺度開発者に尺度の使用の承諾を得た。

患者の属性、経過中に必要な観察項目は、せん妄に関する文献検討を行った内容を参考にデータ収集のフォーマットを作成した。認知症の有無に関しては、柄澤式「老人知能の臨床的判断基準」(柄澤, 1989)を用いて判定を行った。柄澤式「老人知能の臨床的判断基準」は、対象者の日常会話や日常生活遂行能力から知能レベルを判断するものであり、入院時のアナムネーゼ聴取時に本人もしくは家族からの情報より、評価することが出来るため、本研究では認知症の評価として用いた。なお、DSM-III-Rや長谷川式スケールと高い相関が認められ、臨床的妥当性も示されている。

2) データ収集方法

対象者に対して、入院して1週間、一日1回せん妄評価尺度(ナース版)を使用し、せん妄状態の調査を行った。また、入院時に患者の属性を調査し、せん妄評価尺度とともにデータ収集フォーマットの内容を調査した。入院時の患者の属性とせん妄評価尺度の記入は、その病棟で勤務する看護師が行った。データ収集フォーマットにはカルテから研究者が転記した。データ収集フォーマットは先行研究を参考にし、「年齢」、「性別」などの基本属性を始め、バイタルサイン値として「体温」、「脈拍」、「収縮期血圧」、「拡張期血圧」、血液検査データとして、「CRP」、「白血球」、「ヘモグロビン」、「ナトリウム」、「カリウム」、「クロール」、「尿素窒素」、「クレアチニン」の値、「視聴覚障害の有無」、「聴覚障害の有無」、「認知症の有無」、「睡眠障害の有無」、「睡眠剤の内服の有無」、「食事制限の有無」、「点滴治療の有無」、「呼吸器症状の有無」、「経皮的動脈血酸素飽和濃度(以下SpO₂)」、「酸素吸入の有無」、入院前の生活状況

として, 「施設入所の有無」, 「家族同居の有無」, 「在宅酸素の有無」の計 27 項目とした。

看護師の看護ケアは, せん妄発症時の患者の状態や看護師の看護ケア, 患者の反応をカルテの看護記録より, 研究者が遡及的にデータ収集を行った。

4. 分析方法

せん妄発症要因に関しては, せん妄評価尺度の得点より, せん妄群, 非せん妄群の 2 群に分類し, 発症の有無を従属変数とし, データ収集フォーマットの 27 項目を独立変数として, t 検定, Mann-Whitney の U 検定, カイ 2 乗検定, Fisher の直接確率法を用いて分析を行った。せん妄回復期のトリガー要因に関しては, せん妄発症群のせん妄得点の点数から, 12 点以上になった時をせん妄発症時, 11 点以下になった時をせん妄回復時とし, 時期を従属変数とし, 「体温」, 「脈拍」, 「収縮期血圧」, 「拡張期血圧」, 「SpO₂」, 「睡眠障害の有無」, 「食事制限の有無」, 「酸素吸入の有無」, 「呼吸器症状の有無」, 「点滴治療の有無」の 10 項目を独立変数として, t 検定, McNemar 検定を用いて分析を行った。分析には, 統計ソフト SPSS12.0 J for Windows を用いた。せん妄に対する看護ケアは, 行われた看護ケアの内容を抽出し, 類似比較しながら分類を行った。

5. 倫理的配慮

研究協力病院の管理者に対して, 研究の目的, 方法, プライバシー保護に関して, 文書にて説明を行い, 同意を得た。さらに対象者となる高齢者および家族に対しては, 研究の目的, 方法, プライバシー保護に関して文書にて説明を行い, 研究協力は任意であること, 拒否してもその後の治療や看護に影響しないことなどを伝え, 研究者のカルテ閲覧およびデータの転記について同意を得た。また, カルテからは, 診療記録, 看護記録および検査データなど研究に必要な項目のみ転記し固有名詞はアルファベットや記号に置き換え, 個人が特定できないように配慮を行い, データは研究目的以外に使用しないこと, 鍵のある書庫にて保管することで, 匿名性と機密性を保証した。

なお, 本研究は福岡県立大学倫理委員会の承認を得て行った。

研究結果

1. せん妄発症率と発症パターン

調査対象となった患者は 43 名であり, 性別は男

性 17 名, 女性 26 名であった。平均年齢 85.5 ± 0.89 歳であった。入院の原因となった呼吸器疾患の種類では, せん妄群, 非せん妄群ともに肺炎に罹患している患者が半数以上であった (表 1)。

表 1 対象患者の疾患一覧

疾患分類	せん妄群	非せん妄群
肺炎	7	17
インフルエンザ	0	2
急性気管支炎	2	9
急性上気道炎	2	2
COPD	1	0
気管支喘息	1	0
	13	30

対象患者 43 名のうち, せん妄を発症した患者は 13 名 (30.2%) であった。せん妄評価尺度 (ナース版) の平均最高せん妄得点は, せん妄群では, 15.3 ± 3.09 , 非せん妄群では, 1.33 ± 1.77 であった。せん妄群においては, せん妄発症時の平均得点は 14.07 ± 0.59 点, せん妄回復時が 7.69 ± 0.91 点であった。

2. せん妄発症要因

表 2 にせん妄発症要因を示す。入院時の患者の属性においては, 年齢では, せん妄群 88.38 ± 5.10 歳, 非せん妄群 84.27 ± 5.80 歳であり, せん妄群が非せん妄群に比べて有意に高かった ($p = 0.033$)。また, 認知症の有無に関しても, せん妄群は, 非せん妄群に比べて有意に多かった ($p = 0.043$)。しかし, 聴覚障害では, 非せん妄群の方がせん妄群より有意に多かった ($p = 0.002$)。入院時のバイタルサインや検査データにおいては, せん妄群, 非せん妄群とも有意差はみられなかった。また, 呼吸困難や息切れ, 喘鳴などの呼吸器症状は, せん妄群が非せん妄群に比べて有意に多かった ($p = 0.002$)。とくに咳嗽や喘鳴など身体的消耗が激しい症状がみられた。しかし, SpO₂ においては, せん妄群 $94.08 \pm 2.53\%$, 非せん妄群 $94.27 \pm 2.61\%$ であり, 有意差は認められなかった。

3. せん妄回復時のトリガー要因

表 3 にせん妄群のせん妄回復時のトリガー要因を示す。せん妄群の発症時と回復時の比較では, バイタルサインにおいては, 体温がせん妄発症時に比べてせん妄回復時の方が有意に低かった ($p = 0.012$)。また, 睡眠障害は, せん妄発症時に比べて, せん妄回

表2 高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症要因

要因		せん妄群 n=13 (%)	非せん妄群 n=30 (%)	p値
性別	男性	5	12	0.925
	女性	8	18	
年齢		88.38±5.10	84.27±5.80	0.033 *
認知症	あり	8 (62)	8 (27)	0.043 *
	なし	5 (38)	22 (73)	
睡眠障害	あり	5 (38)	14 (47)	0.619
睡眠剤の内服	あり	3 (23)	12 (40)	0.487
食事制限	あり	7 (54)	17 (57)	0.526
視覚障害	あり	4 (31)	9 (30)	1.000
聴覚障害	あり	0 (0)	10 (33)	0.020 *
在宅酸素	あり	1 (8)	3 (10)	1.000
家族同居	あり	1 (8)	6 (20)	0.412
施設入所	あり	5 (38)	7 (23)	0.460
点滴治療	あり	9 (69)	13 (43)	0.119
呼吸器症状	あり	10 (77)	8 (27)	0.002 *
酸素吸入	あり	12 (92)	27 (90)	1.000
体温		37.27±0.83	37.02±0.99	0.473
脈拍		83.77±15.37	89.47±13.56	0.231
収縮期血圧		123.46±19.15	125.62±22.46	0.346
拡張期血圧		65.69±10.26	68.76±13.84	0.480
SpO2		94.08±2.53	94.27±2.61	0.826
CRP		6.30±4.98	7.80±4.89	0.431
WBC		8130.77±2682.46	9766.67±3412.28	0.133
Hgb		11.24±1.44	11.50±1.68	0.633
Na		138.85±3.67	136.73±5.84	0.237
K		4.26±0.80	4.15±0.84	0.680
Cl		100±4.90	99.63±6.84	0.862
BUN		17.74±8.38	25.26±23.98	0.256
Cr		0.95±0.62	1.01±0.58	0.767

*p<0.05
**p<0.01

注) 用いた検定法
カイニ乗検定: 性別、睡眠障害、食事制限、施設入所、呼吸器症状
フィッシャーの直接確立法: 認知症、睡眠剤の内服、視覚障害、聴覚障害、在宅酸素、家族同居、点滴治療、酸素吸入
t検定: 年齢、体温、脈拍、拡張期血圧、SpO2、CRP、WBC、Hgb、Na、K、Cl、BUN、Cr
Mann-Whitney U検定: 収縮期血圧

復時の方が有意に少なかった (p=0.031)。点滴施行の有無に関しては、せん妄発症時に比べて、せん妄回復時の方が有意に少なかった (p=0.016)。せん妄発症時にせん妄群と非せん妄群の間に有意差がみられた呼吸器症状に関しては、せん妄発症時とせん妄回復時では、呼吸器症状の有無に有意差はなかった。

表3 高齢期呼吸器疾患患者のせん妄回復時のトリガー要因

要因	せん妄患者n=13 人数 (%)		p値
	せん妄発生時	せん妄回復期	
体温	37.17±0.81	36.36±0.46	0.012 *
脈拍	78.83±11.89	83.88±14.88	1.261
収縮期血圧	119.67±11.78	121.17±14.92	0.776
拡張期血圧	67.50±9.77	68.17±12.04	0.881
SpO2	95.08±2.27	95.42±2.64	0.761
睡眠障害	なし 7 (54)	13 (100)	0.031 *
食事制限	なし 12 (92)	12 (92)	1.000
酸素の使用	なし 10 (77)	11 (85)	1.000
呼吸器症状	なし 7 (54)	7 (54)	1.000
点滴	なし 3 (69)	10 (77)	0.016 *

* < 0.05

注) 用いた検定方法
t検定: 体温、脈拍、収縮期血圧、拡張期血圧、SpO2
McNemer検定: 睡眠障害、食事制限、酸素の使用、呼吸器症状、点滴

4. せん妄に対する看護ケアの実態

表4に看護師が実施したせん妄患者に対する看護ケアを示す。看護記録より、せん妄看護の内容として63のデータを抽出した。せん妄患者に行われた看護ケアとして、看護師が、夜間にせん妄を発症した患者に対して、現在の時間を伝えることや患者のいる場所が病院であることを患者に説明する「リアリティオリエンテーション」(20%)が一番多かった。看護師は、せん妄患者に遭遇したときには、まず、リアリティオリエンテーションを行っていた。看護師はリアリティオリエンテーションだけを行っているわけではなく、リアリティオリエンテーションの後には、患者のせん妄症状に応じていくつかのケアを実施していた。それは、ベッドから降りようとしていたり、部屋を出ようとする患者に対して、リアリティオリエンテーションとともに寝るように促したり、部屋やベッドに戻るよう伝え、患者が行っている「行動の阻止」(11%)であった。また、せん妄患者の言動から「予測されるニードに対するケア」(14%)も行われており、特に排泄に対する援助が多かった。さらに、危険回避のために「ナースステーションへの一次的誘導」(11%)や「家族の協力」(8%)が行われ、他の患者への影響を防ぐために「ルームチェンジ」(3%)や夜間の睡眠を促すための「安定剤の投与」(6%)も行われていた。しかし、せん妄患者の話の「傾聴」(3%)や患者の行動に対する「見守り」(2%)は少なかった。

表4 看護師が実施したせん妄看護ケア

看護ケア	件数 (%)
リアリティオリエンテーション	12 (20)
行動の阻止	11 (17)
症状に対する処置	10 (16)
予測されるニードに対するケア	9 (14)
ナースステーションへの一時的誘導	7 (11)
家族の協力	5 (8)
安定剤の投与	4 (6)
ルームチェンジ	2 (3)
見守り	2 (4)
話の傾聴	1 (1)

考 察

1. 呼吸器疾患患者のせん妄の発症率と発症要因

本研究のせん妄発症率は、30.2%であった。高齢者を対象とした先行研究(菅原, 2005; 長谷川,

1999; Inouye & Charpentier, 1996; Foreman, 1990) では, 18 ~ 47.5% であり, せん妄発症率の相違がみられる。せん妄発症率の相違に関しては, せん妄評価や認知機能評価ツールの相違や対象者の属性の相違などからせん妄発症率に差異がみられるとの見解がある (綿貫, 酒井, 竹内, 2002)。また, せん妄は外科的な手術後の患者を対象とした研究が多く, 術後麻酔の影響や疼痛, 点滴などのルートによる拘束感からせん妄発症率が高く, 疾患や治療方法によりせん妄発症率の差異がみられるといえる。

本研究における対象患者のせん妄得点は, せん妄群では, 平均最高得点が 15.30 ± 3.09 点 (12 ~ 22) であった。せん妄評価尺度の最高が 32 点満点であることやカットオフポイントが 12 点であることから, 軽度のせん妄であった可能性が考えられる。長谷川 (1999) は, 急性期の内科的治療を受ける高齢者に対する研究において, 最高せん妄得点がさほど高くない理由として, 外科的患者のような術後の安静や術後の疼痛など体験していない患者であることを指摘している。本研究でも呼吸器疾患を対象にしており, 外科的手術のような侵襲を伴わないことから, 最高せん妄得点が低いと考えられる。

せん妄の発症要因は, 直接因子, 準備因子, 誘発因子に分けられる (一之瀬, 2002)。本研究では, せん妄発症要因として, 準備因子である高齢であること, 認知症であることが明らかになった。せん妄群は, 平均 88.38 ± 5.10 歳と高齢であり, 後期高齢者が多く含まれている。Wakefield (2002) は, 65 歳以上の内科病棟の入院患者を対象に調査を行った結果, 前期高齢者 (14%) よりも後期高齢者 (18%) の方がせん妄発症率が高いことを明らかにしている。高齢者は, 加齢に伴い身体的機能の低下とともに脳の予備力や環境の変化に対する適応力の低下がみられ, せん妄発症に至る。本研究の対象患者は後期高齢者が多く, 入院や治療, 症状に伴う身体不動などいつもと異なる環境下にいることがせん妄の発症に至ったといえる。

認知症に関しては, 先行研究でもせん妄のリスクファクターとして明らかになっている (Inouye et al., 1999)。認知症の周辺症状としてもせん妄が発症することから, 認知症を有していることでせん妄発症のリスクは高い。また, 認知症の中核症状としての見当識障害や記憶障害が環境の変化への適応困難につながり, せん妄発症に至る。本研究において

は, せん妄群の 62% の患者に入院時に認知症が認められている。これは, 後期高齢者が多いことが影響していると考えられる。高齢患者の増加とともに医療機関で治療を受ける認知症高齢者も多いため, 入院時に認知症のスクリーニングを行うことは, せん妄のリスクアセスメントを行ううえで非常に重要であるといえる。

視聴覚障害に関しては, 高齢者は, 加齢に伴い視聴覚機能の低下が生じる。視聴覚機能の低下は, せん妄の準備因子の一つであるとともに感覚遮断として誘発因子を引き起こす。しかし, 本研究結果の聴覚障害に関しては, 非せん妄群の方が有意に多かった。このことは患者の聴覚機能の情報は, 入院時のアナムネーゼ聴取時に本人や家族から得た情報であり, 主観的な情報が影響していると考えられる。Inouye et al. (1999) は, せん妄のリスクファクターのひとつである聴覚障害のアセスメントに The Whisper Test を用いている。このように看護師が客観的に聴覚に関するアセスメントを行うことでせん妄のリスク因子の把握を行うことができる。また, 感覚器の障害に関する情報はコミュニケーションを図るうえで非常に重要である。看護師が患者と関わる中で, 聴覚障害のみならず感覚器の障害について客観的に評価し, せん妄のリスクアセスメントを行っていく必要がある。

呼吸器症状に関しては, 呼吸困難や息切れ, 喘鳴などの呼吸器症状は, せん妄発症群のほうが有意に高かった。今回, 呼吸器疾患患者を対象としており, 低酸素化がせん妄の発症要因になるのではないかと考えた。そこで, 本来ならば低酸素化の指標としては, 動脈圧酸素分圧値の測定が望ましいが, 患者への侵襲が大きいことや症状により測定時期が異なるため, 本研究ではパルスオキシメーターを使用し, SpO_2 を低酸素化の目安とした。しかし, SpO_2 に関しては有意差がみられなかった。しかも, せん妄群は 94.08 ± 2.53 , 非せん妄群 94.27 ± 2.61 であり, 両群ともやや低値であった。高齢者は, 加齢に伴い肺機能の低下から肺胞表面積の縮小や残気量の増加に伴いガス交換機能の低下から, 動脈血酸素分圧の低下が生じるため全体的に酸素飽和濃度の値は低かったといえる。呼吸困難や息切れなどの呼吸器症状は, 患者にとって身体的心理的な負担が大きく, 本研究においてせん妄群の方が呼吸器症状を呈していたのは, 呼吸器症状そのものの身体的苦痛や死へ

の恐怖・不安などの精神的な苦痛が引き金になり、せん妄を発症したことも考えられる。また、呼吸器症状に伴う安静療法が身体不動となり、せん妄が引き起こされることも考えられる。

せん妄はさまざまな要因が重なり発症する多因性である。特に高齢者は、せん妄発症のリスクが高いため、多角的な視点からせん妄のアセスメントを行う必要性がある。

2. 呼吸器疾患患者のせん妄回復時のトリガー要因

せん妄得点が11点以下になった時期をせん妄の回復時期とし、せん妄回復に関与した要因について分析を行った。せん妄発症時に着目してせん妄発症要因を調査した研究は多いが、回復時に着目した研究は見られなかった。本研究では、せん妄発症時にみられなかった睡眠障害の改善、点滴の終了、体温の低下の3要因が回復時のトリガー要因として明らかになった。

睡眠障害の改善に関しては、せん妄の多くは夜間せん妄として出現することが多く、身体的な苦痛や高齢者のうつ状態が、睡眠障害を助長することからせん妄発症要因とされる(菅原, 2006)。本研究でもせん妄発症患者の多くは夜間にせん妄状態が認められていた。夜間は看護師の人数が減ることや、家族の帰宅、夜間の呼吸器症状などの身体的苦痛から、ますますの死に対する恐怖感の助長など、精神的苦痛から睡眠障害が生じることや高齢者の睡眠覚醒リズムの特徴から眠りが浅く、中途覚醒が多く、睡眠分断がみられることが夜間せん妄の発症に至るといえる。しかし、入院日数の経過とともに呼吸器症状などの身体的苦痛の軽減や環境への適応から睡眠障害の改善につながり、高齢患者の本来の生活リズムのパターンの獲得がせん妄回復に至ったのではないかと考えられる。環境の変化や不安などの心理的負担、身体的ストレス、痛み、頻尿などの睡眠妨害要因、感覚遮断などのせん妄誘発因子は、睡眠覚醒リズムの障害を通して意識の変容を誘発する外的要因である(一瀬ほか, 2006)。睡眠覚醒リズムの障害となっている要因の点検・除去を行い、睡眠覚醒リズムの正常化に向けた援助が必要である。

点滴の終了に関しては、先行研究から、点滴などのルート類の使用や種類の多さによる行動制限がせん妄の発症要因であることが明らかになっている。(長谷川, 1999; 松井ほか, 2005; 菅原, 2005)。せん妄の症状としてルート類を抜去する行動も多くみ

られ、術後に限らず、ルート類の存在は患者に身体拘束感を抱かせ、患者のストレスになる。また、高齢者は、環境の変化に対する適応力の低下から自己の身体状況を理解するのに時間を要し、認知症を伴えば、なおさら自己の身体状況を理解することが困難になる。長谷川(1999)は、ルート類の多さがせん妄の発症要因になることについて、拘束そのものを反映する因子と拘束状況に対する患者の認知を反映する因子の2つの側面の存在を示唆している。本研究において、点滴の終了がせん妄回復のトリガー要因となったのは、せん妄発症時に発症要因として点滴や酸素カニューレなどのルート類が関与していなかったことから、拘束状況に対する患者の認知を反映する因子というより、むしろ拘束状態からの解除がせん妄回復につながったものであると考えられる。また、高齢者は低栄養などの身体の脆弱性がせん妄発症に影響を及ぼす(菅原, 2006)ことから、点滴治療の終了は、栄養状態の改善として捉えることができる。今回の研究では、ヘモグロビン値などの栄養状態の指標は入院時のみのデータしか用いていないが、経時的な栄養状態のアセスメントも考慮する必要がある。

体温の低下に関しては、せん妄発症時の $37.17 \pm 0.81^{\circ}\text{C}$ からせん妄回復時の $36.36 \pm 0.46^{\circ}\text{C}$ と正常範囲に回復している。高齢患者は若年者に比べて生体防御反応による発熱は少ないといわれているものの、加齢に伴い疾患内訳をみると肺炎などの炎症性の肺疾患が、高齢患者の半数以上を占めており、微熱が認められた。高齢者は発熱により容易に脱水を来しやすく、脱水はせん妄発症の直接原因の一つである。今回、客観的な脱水の指標となる血中尿素窒素やヘモグロビン値に関しては、有意差は認められなかった。また今回は、口渇など脱水の指標となる患者の主観的データを収集していなかったため、脱水症状を起こしていたかどうかはわからないが、高齢者の特徴や呼吸器疾患であるという点から脱水を起こしていた可能性は否定できない。また、微熱に伴い、身体活動の低下からせん妄が発症することも考えられる。

体温の低下や睡眠状態の改善、点滴治療の終了は、病状の回復に伴い改善するものであり、せん妄の回復におけるトリガー因子として病状の回復が大きな影響因子として捉えられ、病状回復に向けた援助がせん妄の発症や助長の予防につながるといえる。

3. せん妄に対する看護ケア

患者にせん妄が発症したときの看護師が行った看護ケアは、多様であり、リアリティオリエンテーションが多かった。看護師は、まずせん妄患者に遭遇したときにリアリティオリエンテーションを行っていた。太田ら（2002）は、せん妄に対する看護ケアの一つとして、場所や現在の状況、日時などを会話に取り入れ、現実への適応を促すことが必要であると述べている。本研究では夜間せん妄が多いことから、患者へ現在の時間や場所の認識を与えるためにリアリティオリエンテーションを行った看護師が多かったと思われる。また、看護師は、通常の患者との関わりの中で、患者とのコミュニケーション困難やいつもと異なる行動に対して、まずリアリティオリエンテーションを行い、患者の現実認識力を確かめ、次のケアへと移行しているのではないだろうか。すなわち、せん妄は軽い意識の障害で、見当識障害が特徴であるため、リアリティオリエンテーションを行うことで、せん妄状態か否かの判断を行っているのではないかと考えられる。今後は直接患者に関する看護師がせん妄をどのように判断し、看護ケアを行ったのか、看護師がどのようにせん妄アセスメントを行っているのかを明確にすることで、せん妄に対する看護ケアおよび予防的ケアについて検討することができると考える。

せん妄患者に対して、部屋やベッドに戻るよう患者に伝える「行動の阻止」や点滴の抜去や転倒により生じた創の処置、酸素カニューレの再装着など「せん妄により生じた症状に対する処置」も多く行われていた。「行動の阻止」に関しては、せん妄の症状として徘徊や多動といった転倒や転落のリスクにつながる症状が多いことが考えられる。しかし、稲葉、石丸、田村、千葉（2006）は、せん妄症状の興奮や錯乱に対しては、説明や制止は通じず、むしろ症状を助長すると述べている。特に、高齢者は視聴覚機能の低下や認知機能の低下により、理解を得ることが困難な状況にあるといえる。そこで、看護師は患者のせん妄症状を把握し、不必要なルート類を取り除き、可能な限り行動制限を解除し、患者に安心感を与えるケアが必要である。「せん妄により生じた症状に対する処置」に関しては、今回データ収集を行った施設は抑制廃止宣言を行っており、せん妄患者に対して抑制は全く行われていなかった。そのためか、転倒による創傷処置や点滴の自己抜去

に対しての再留置など「せん妄により生じた症状に対する処置」が多く行われていた。また、看護師が行ったせん妄に対するケアはせん妄が発症してから行われたケアがほとんどである。せん妄症状により生じた二次的な症状は、基礎疾患の増悪や新たな疾患罹患につながり、生命に関わることも生じる可能性があるため、せん妄が発症してからではなく、せん妄のリスク因子を把握した上で、せん妄の予防的なケアを行うことが必要である。

本研究では、「家族の協力」のもと、面会や外出、外泊を行うことで、せん妄症状が軽減したケースが見られた。患者がせん妄を発症することで、家族はいつもと異なる患者の状態に不安を抱き、その不安は患者へ反映され、せん妄の悪化へとつながる。長谷川（長谷川、亀井、2005）が看護師長を対象に行った調査によると、せん妄発症時の家族への対応として、患者の状態説明を行うことや不安を聞くこと、協力の依頼が行われていた。このように家族に対する協力を得るためには、看護師は家族とコミュニケーションを図り、患者の状態を説明し、理解を得るせん妄に関する教育的支援が必要であると考えられる。

せん妄患者に対するケアのうち、本研究結果では、看護師が患者の訴えに対して傾聴することや見守る姿勢は少なかった。このことは、対象患者が呼吸器疾患患者であり、会話を行うことが呼吸器症状に影響することが考えられる。しかし、稲本ほか（2001）が、せん妄に対する対応として医療者や家族の積極的なコミュニケーションが効果的であると述べているように、せん妄症状を呈している患者に対して傾聴する態度や傍にいて見守る姿勢といった非言語的なコミュニケーションを図ることにより、患者は安心感を得、せん妄の助長予防につながるといえる。

現在の看護の現状からせん妄看護を考えると、夜間の看護師の数の少なさ、業務の煩雑さから患者と向き合うための時間の確保が難しいのが現状である。そのような中で、せん妄への対応、予防的なケアを遂行するには看護師の個人レベルではなく、組織的な取り組みが重要視され、せん妄看護ケアの検討が進む中、せん妄ケアのマニュアル化が行われている（太田ほか、1998；野末、樋山、福田、1998）。また、せん妄の発症要因をターゲットにした介入の比較検討も行われ、せん妄発症要因に対する介入の効果も報告されている（Rizzo, et al., 2001）。さらに、ケアを行う看護師のせん妄に対する認識に

においては、80歳以上の高齢者であること、低活動性、視覚障害、認知症の4つのせん妄リスク因子の認識の低さが指摘されている(Inouye, Foreman, Mion, Katz, Cooney, 2001)。綿貫, 酒井, 寺内(2007)は、看護に個別性は必要であるが、まずはケアの一般性が確保できたうえでの個別性を検討する必要性を述べている。看護ケアはチームで行うものである。看護師自身が自己のせん妄ケアを振り返り、せん妄についての正しい知識を持ち、看護職のみならず、他職種や家族との情報の共有や連携を行い、せん妄ケアのシステムを構築することが必要であると考える。

研究の限界と今後の課題

本研究では、せん妄発症の有無にせん妄評価尺度(ナース版)を使用した。せん妄の重症度判定は行っていない。また、看護師の看護ケアは看護記録の内容を分析したものであり、実際看護師が行った看護ケアが詳細に記されていないことや看護師のアセスメントは不明慮である。今後は、せん妄の重症度判定を加えるとともに、参加観察法を用いて、看護ケアの分析を行うことで、高齢期呼吸器疾患患者独自のせん妄に対する看護ケアおよび予防的な看護ケアが明確になると考えられる。

結 論

高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症は、高齢であることや認知症などのせん妄発症の準備因子の影響を受け発症し、呼吸器症状の改善とともに身体の安楽を得たことや拘束感の軽減、生活リズムの改善によりせん妄回復へと向かうことが明らかになった。せん妄への看護援助としては、症状の緩和とともにせん妄から生じるリスクの回避や予防的な視点での看護、組織的な取り組みの必要性が示唆された。

なお、本研究の一部を第27回日本看護科学学会学術集会(福田, 上村, 2007; 上村, 福田, 2007)で発表した。

謝 辞

本研究にご協力を頂きました。患者様、ご家族の皆様、施設職員の方々に心より感謝申し上げます。

文 献

柄澤昭秀。(1989)。行動評価による老人知能の臨床

的判定基準。老年期痴呆, 3, 81-85.

Foreman D M. (1990). The Cognitive and Behavioral Nature of Acute Confusional State, *Scholarly Inquiry for Practice*. 5 (1), 3-17.

福田和美, 上村美智留。(2007)。高齢期呼吸器疾患患者のせん妄の発症要因とせん妄に対する看護ケア。第27回日本看護科学学会学術集会講演集, 409.

長谷川真澄。(1999)。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, 4 (1), 36-46.

長谷川真澄, 亀井智子。(2005)。看護師長から見た大腿骨頸部骨折患者のせん妄に関する看護の現状と課題。老年看護学, 10 (1), 41-52.

一瀬邦弘。(2002)。一瀬邦弘, 太田喜久子, 堀川直史監修, *せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!*。東京: 照林社。

一瀬邦弘, 中村 満, 竹澤健司, 清水輝彦, 石川洋世, 中島さやか, 梶 奈美子, 臼井千恵, 福島理英, 斉藤尚大。(2006)。高齢者のせん妄の特徴と診断。老年精神医学雑誌, 17 (6), 595-604.

稲葉央子, 石丸雄二, 田村義之, 千葉 茂。(2006)。高齢者せん妄における環境調整と事故防止。老年精神医学雑誌, 17 (6), 644-652.

稲本 俊, 小谷なつ恵, 萩原淳子, 谷辺佳代, 西川誠人, 赤澤千春。(2001)。術後せん妄の発症状況とそれに対する看護ケアについての臨床的研究。京都大学医療技術短期大学紀要, 21, 11-23.

Inouye S K & Charpentier P A. (1996). Precipitating Factor for Delirium in Hospitalized Elderly Persons, *JAMA*, 275(11), 852-857.

Inouye S K, Bogardus ST Jr, Charpentier P A, Leo-Summers L, Acampora D, Theodore TR & Cooney LM, (1999): A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients, *The New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.

Inouye S K, Bogardus ST, Baker DI, Leo-Summers L & Cooney LM. (2000). The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients, *J Am Geriatr Soc*, 48(12), 1967-1706.

Inouye S K, Foreman M D, Mion LC, Katz KH & Cooney LM. (2001). Nurses' Recognition of

- Delirium and Its Symptoms, *Arch Intern Med*, 161(12), 2467-2473.
- 松井 文, 八塚美樹, 高島里美, 向山要使子, 長谷川薫, 田澤賢次. (2005). 高齢手術患者のせん妄発症要因に関する検討. *富山医科薬科大学看護学会誌*, 6 (1), 91-99.
- 三村由岐子, 廣田奈穂子, 緋田雅美. (2004). 救命救急センターにおけるせん妄症状緩和への援助ー就寝前にアロマテラピー足浴を実施してー. *日本救急医学会関東地方会雑誌*, 25, 202-204.
- 野末聖香, 樋山光教, 福田紀子. (1998). せん妄対応マニュアルー発症を予防するー. *Nursing Today*, 13(11), 7-25. 受付 2008. 2. 18
採用 2008. 6. 13
- 太田喜久子, 栗生田友子, 南川雅子, 長谷川真澄, 寺井峰子, 大友由香子, 津川若菜子, 黒木ひろみ. (1998). せん妄状態にある高齢者の看護ケアモデルー一般病院における高齢者ケアの探求, *看護技術*. 44 (11), 1217-1226.
- 太田喜久子. (2002). 一瀬邦弘, 太田喜久子, 堀川直史監修, *せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!*. 東京: 照林社.
- Rizzo J A, Bogardus S T Jr, Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D & InouyeSK. (2001). Multicomponent Targeted Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patient. *MEDICAL CARE*, 39(7), 740-752.
- 菅原峰子. (2005). 高齢脳梗塞患者のせん妄発症の実態と発症に関与する因子. *老年看護学*, 10 (1), 95-104.
- 菅原峰子. (2006). 内科的治療・高齢者における要因. *EB NURSING*, 6(4), 22-25.
- 上村美智留, 福田和美. (2007). 高齢期呼吸器疾患患者のせん妄の発症パターンと回復時のトリガー要因. *第27回日本看護科学学会学術集会講演集*, 409.
- Wakefield B. (2002). Risk for acute confusion on hospital admission. *Clinical Nursing Research*, 11(2), 153-172.
- 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子, 諏訪 浩, 樽矢敏広. (2001). 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱状態スケールの開発およびせん妄のアセスメント. *臨床看護研究の進歩*, 12, 46-63.
- 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子. (2002). 一瀬邦弘, 太田喜久子, 堀川直史監修, *せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!*. 東京: 照林社.
- 綿貫成明, 酒井郁子, 寺内秀真. (2007). 自分から変わる, 今から変える「せん妄ケア」の考え方. *看護管理*, 17 (7), 566-573.
- 吉田千文. (2006). せん妄ケアとこれからの病院経営 2006年度診療報酬改定をめぐって. *看護管理*, 17 (7), 588-593.
- 財団法人厚生統計協会. (2006). *平成17年患者調査 (全国編) 上巻*. 102-103.