

施設入所高齢者に対するせん妄のアセスメント視点と

発症予防および悪化防止のための対応

松澤 有夏（長野県看護大学）

渡辺みどり（長野県看護大学）

千葉 真弓（長野県看護大学）

要 約

本研究は、施設入所高齢者に対するせん妄のアセスメント視点と発症予防および悪化防止の対応を明らかにすることを目的とし、介護老人保健施設の看護職員 11 名から半構成的面接で語られた内容を質的に分析した。せん妄のアセスメント視点は【夕方に「うちに帰りたい」と言って歩き回る】、【日常生活の些細なことで突然興奮し、人格や表情が急激に変わる】、【興奮して怒鳴ったり、泣き出したりと激しい感情の起伏がある】、【刺激や問いかけに対しても、表情が固く無反応である】等の 8 カテゴリーである。せん妄の発症予防と悪化防止のための対応は【丁寧に誠意を持って接する】、【安全が保てるよう見守る】、【楽しく得意な役割や活動を提供する】、【思考を推察しつつ、寄り添って活動を共にする】、【不安の内容をじっくりと聞き、ひとつひとつ説明する】、【他のことを提案し、気になっていることから注意をそらす】等の 11 カテゴリーであった。

キーワード：施設入所高齢者、せん妄のアセスメント視点、せん妄発症予防

1. はじめに

せん妄は急激に発症し、円滑な治療や安全安楽な療養生活の遂行を阻害する¹⁾。せん妄発症は、死亡率・再入院率を高め²⁾、身体的認知的機能の低下や回復の遅れをもたらす³⁾、高齢者の予後に大きな影響を及ぼす。せん妄の発症予防および悪化防止の実現は、高齢者の健康の維持、早期回復、ひいては高い生存率に貢献し得る。一般病院における入院高齢者のせん妄発症率は 7～61%であり⁴⁾、内科・外科領域、長期ケア、集中治療、緩和ケア等、せん妄は全ての臨床分野で発症している⁵⁾。カナダの長期ケア施設入所者 155 名を対象とした研究では、109 名(70.3%)がせん妄症状を示している⁶⁾。

Potter ら⁷⁾は、せん妄について、一般病院に入院中の高齢者 30%の健康状態に影響を及ぼし、その 3 分の 1 は予防可能であると報告している。せん妄発症予防方法はクリティカルケアを中心に明らかにされ、疼痛管理や視聴覚の補強による情報獲得の援助⁸⁾等がある。長期ケア施設の入所者は、高齢や認知症等、せん妄発症の素因を有しており⁹⁾、実際の発症例も報告されている^{10),11)}。日本の介護保険施設においてもせん妄は発症し対処されていると推察するが、介護保険施設における高齢者のせん妄への対応に焦点を当てた研究は、長谷川^{12),13)}のせん妄状態にある施設入所者に対する看護師の認識や、ケアにおける困難に関する研究に限られている。

Morency CR ら¹⁴⁾の報告では、一般病院の内科及び外科病棟に勤務する看護師の観察力を研究者と比較している。看護師は入院患者の睡眠覚醒サイクル障害を研究者の 67%認識し、常に患者の睡眠パターンを評価していた。しかし、とりとめがなく、不適切な話し方をする患者を認識していたのは 37%の看護師のみであった。せん妄の診断基準は CAM や DSM-IV、ICD-10 があるが、これらの表現は専門的で抽象的である。介護保険施設では、医師・看護師が共に少ないため、専門的な知識が必要なこれらの基準を使用し、せん妄発症の有無について職員間で検討することは難しい。

介護保険施設入所者の健康管理は、介護職員と看護師をはじめとする多職種の連携の基に成り立っている。特に、介護老人保健施設（以下老健）は、医療をある程度必要とする高齢者がリハビリテーションをしながら在宅復帰を目指す施設であり、せん妄発症リスクを持つ高齢者が多く入所していると考えられる。せん妄は認知症高齢者の BPSD の 1 つであるが、チームとして適切な対応がなされないと悪化し、予後さえも不良となる。Philippe V ら¹⁵⁾は、看護師が落ち着きのなさやまとまりのない会話等、せん妄を疑う高齢者の行動を観察していることを報告し、さらにこのような状況の観察が、せん妄の早期発見につながることを示している。

したがって看護師の視点から、せん妄発症やリスクを他職種も理解可能な高齢者の行動レベルで捉えること、介護保険施設において実現可能なせん妄発症予防のための対応を提供することが必要であると考えられる。以上からアセスメント視点の体系化は極めて重要で、施設入所高齢者（以下高齢者）に対するせん妄アセスメント視点とその対応を明らかにすることにより、せん妄の発症予防と悪化防止に貢献すると考えられる。

II. 研究目的

本研究は、老健において熟練の看護職員は、高齢者のせん妄に対しどんなアセスメント視点を持ち、せん妄の発症予防・悪化防止のために、どのような対応をしているか、について明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

本研究において、せん妄のアセスメント視点とは、高齢者のせん妄を疑う、あるいは認識する言動や症状を指す。

IV. 研究方法

本研究は老健の看護職員が高齢者のせん妄に対して「どんなアセスメント視点を持ち、どのように対応しているか」その概要を把握するために、記述式半構成的質問紙を用いてプレテストを実施した。その結果、5施設の看護師・准看護師（以下看護職員）14名から回答が得られた（平均年齢 46.7 ± 10.1 歳、看護職経験年数 21 年 6.8 ヶ月 ± 10 年 2.8 ヶ月）。せん妄のアセスメント視点と対応は多岐に渡っていたが、看護職の経験が10年以上の看護職員は、10年以下の看護職員に比べ、より具体的に記述していた。そのため、経験10年以上の看護職員を対象にインタビュー調査を実施した。

1. 対象および調査方法

A 県内老健の中から設立後 5 年以上の施設を抽出した。5 年以上とした理由は施設ケアが確立していると考えたこと、設立当初から高齢者ケアに携わってきた熟練看護師がせん妄の高齢者への対応経験があると考えたことからである。そのうち研究協力が得られた 6 施設の看護職経験 10 年以上の看護師・准看護師（以下看護職員）を対象に半構成的面接調査を実施した。調査内容は、高齢者をせん妄と捉えるアセスメント視点、せん妄発症予防と発症時の対応とした。インタビューガイド作成にあたり、DSM-IV の診断基準を参考にした。せん妄については、注意集中機能を伴う意識障害で、急激に発現する状態として対象者に説明し、体験した臨床症状とその際の対応を時間軸に沿って、具体的に語ってもらうよう依頼した。インタビュー時間は平均 43.6 ± 17.9 分であった。同意が得られた場合は IC レコーダーに録音し、得られなかった場合はインタビュー内容をノートに書き綴る承諾を得た。調査期間は 2008 年 6～9 月であった。

2. 分析方法

回答内容は逐語録にし、せん妄のアセスメント視点、発症予防および悪化防止のための対応を表現している 1 内容を 1 単位のコードとした。コードは類似性に基づいて分類・統合し、サブカテゴリー、カテゴリー化した。コード化からカテゴリー化の一連の分析は、老年看護学の研究者 2 名からスーパーバイズを受けて行った。その後アセスメント視点のカテゴリーについて、どのような順序で症状が表れてくるか、どの症状が表れた際、回復に時間を要するかの視点で、対象者から語られた高齢者の症状や状況および、研究者らの臨床経験と老年精神医学者 2 名の助言に基づき、重症度の順序性を検討して配置し、せん妄発症前、発症初期、進行期に区分した。また対応のカテゴリーについて、高齢者のどのような状況に対してなされているか、継続的かそれともある事柄に対して一時的になされているか、対応は単独かあるいは同時になされているかの視点を 3 名の老年看護学研究者が持ち、対象者から語られた状況に基づいて分類・検討し、図式化した。尚、対象者の看護職員 11 名に分析結果を提示し、妥当性を確認した。

3. 倫理的配慮

各施設の看護管理者に、文書と口頭により研究の趣旨と方法、匿名性の保持等について説明し承諾を得た。看護管理者から看護職員の紹介を受け、看護管理者を介さずに研究者が直接依頼した上で、文書と口頭で同様に説明を行い、自由意志による研究への協力を求め、承諾を得た。尚、本研究は所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要

対象者は男性 2 名女性 9 名、平均年齢 50.7 ± 6.9 歳であった。看護職通算の経験年数は平均 2 年 1.7 ヶ月 \pm 9 年 1.0 ヶ月、老健での経験年数は平均 8 年 1.5 ヶ月 \pm 4 年 3.2 ヶ月であった。

2. 分析結果

得られた 422 総コードを分析した結果、せん妄のアセスメント視点を示す 8 カテゴリー【夕

方に「うちに帰りたい」と言って歩き回る】、【様々な場面で場所や時間の見当識が失われてく】、【日常生活の些細なことで突然興奮し、人格や表情が急激に変わる】、【興奮して怒鳴ったり、泣き出したりと激しい感情の起伏がある】、【刺激や問いかけに対しても、表情が固く無反応である】、【中途覚醒により睡眠のリズムが崩れる】、【人や物の幻覚や過去の体験に起因した妄想がある】、【目的が理解できないような行動が生活場面で出現する】と、せん妄の発症予防と悪化防止のための対応を示す 11 カテゴリー【丁寧に誠意を持って接する】、【安全が保てるよう見守る】、【楽しく得意な役割や活動を提供する】、【排泄のリズムを把握し、整える】、【思考を推察しつつ、寄り添って活動を共にする】、【気分転換できるよう、場所を変える】、【不安の内容をじっくりと聞き、ひとつひとつ説明する】、【他のことを提案し、気になっていることから注意をそらす】、【過剰な刺激を避け、安眠できる雰囲気を作る】、【心地よく安心できる場を築く】、【投与後の薬効を継続的にモニタリングする】が抽出された。以下にせん妄のアセスメント視点(表 1)、せん妄の発症予防と悪化防止のための対応(表 2)について述べる。尚、【 】はカテゴリーであり、< >は看護職員から語られた言葉を、「 」は高齢者の言葉を示す。『 』は対応の段階を、“ ”は『症状への対応』の側面を示す。また表 1・表 2 は、分析によって抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーおよび、それぞれに所属する代表的なデータ例を示す。

1) せん妄のアセスメント視点

せん妄のアセスメント視点と重症度の順序性を検討した結果、図 1 が導かれた。進行によって区分された段階に沿って、以下に 8 カテゴリーの内容を述べる。

(1) 発症前段階

看護職員は高齢者の【夕方に「うちに帰りたい」と言って歩き回る】という言動を察知し、せん妄を発症するのではないかと予測していた。高齢者は知らない場所で生活するため、居心地が悪く「ここにいてよいのか」と不安で落ち着かなくなり、それが改善されずに持続すると、せん妄へ移行する可能性が高まることが示されていた。

(2) 発症初期段階

看護職員は【様々な場面で場所や時間の見当識が失われてくる】、【日常生活の些細なことで突然興奮し、人格や表情が急激に変わる】、【興奮して怒鳴ったり、泣き出したりと激しい感情の起伏がある】、【刺激や問いかけに対しても、表情が固く無反応である】、【中途覚醒により睡眠のリズムが崩れる】ことを観察していた。看護職員は日常の生活援助を通して< 家族の面会のようなきっかけがあって、全く違う人格になる > ように高齢者の変化に注目していた。これらの視点はせん妄の臨床症状を反映しており、通常の様子との差異に焦点が当てられていた。

(3) 進行した段階

高齢者に【人や物の幻覚や過去の体験に起因した妄想がある】、【目的が理解できないような行動が生活場面で出現する】場合、現実認識が障害されており、進行したせん妄である。【目的が理解できないような行動が生活場面で出現する】とは、本人には目的があっても他者にはねらいがわからない動きをすることであり、具体的には< 食堂のいすや机を突然重ね始める >、< 布団の上を四角く動く > 等と語られた。

2) せん妄の発症予防と悪化防止のための対応

せん妄の発症予防と悪化防止のための対応として抽出された 11 カテゴリーは、高齢者に対するケアの性質が、日常的・継続的であるか、原因や事象に対するものであるかの観点によっ

て、『安心・安寧・充実感の保障』と『症状への対応』の2つの段階に区分され、図2が描かれた。各カテゴリーのケアは単独ではなく、その時の症状に合わせ、連動しながら組み合わせて提供されていた。以下、段階別に11カテゴリーの内容を述べる。尚、一方向の矢印は、看護職員がケアを選択・判断していく思考の流れであり、両方向の矢印は連動している対応を示す。すなわち看護職員は『安全・安寧・充実感の保障』がなされているか確認し、『症状への対応』にあたる。第一に生理的ニーズの充足を実現し、次に目の前の“気がかりに対応”すると同時に、生活環境を整える。そして非薬物的な対応のみでは、回復が難しいと判断した場合に薬剤の使用について、医師に相談し“薬効のモニタリング”を実施していた。

(1)『安心・安寧・充実感の保障』

この対応は、高齢者の快適でその人らしい生活を保護し守るものである。看護職員はくやりたいことを自由にやってもらい、危険がないように見守っているように、【丁寧に誠意を持って接する】こと、【安全が保てるよう見守る】こと、【楽しく得意な役割や活動を提供する】ことによって、高齢者の心地よい暮らしを支えられるよう、努めていた。

(2)『症状への対応』

この対応は、せん妄発症の要因となりうる事柄を取り除き、高齢者を取り巻く環境を過ごしやすく整えるものである。この『症状への対応』は、“排泄リズムの調整”に所属する1カテゴリー、“気がかりへの対応”に所属する4カテゴリー、“生活環境の調整”に所属する2カテゴリー、“薬効のモニタリング”に所属する1カテゴリーの4側面に分類された。

① “排泄リズムの調整”

看護職員はせん妄の発症予防のために【排泄のリズムを把握し、整え】ていた。具体的には高齢者の排尿・排便パターンを把握し、定時のトイレ誘導や便秘への対応を行い、それらによる体調悪化の防止に努めていた。

② “気がかりへの対応”

看護職員はせん妄の発症予防・悪化防止を目指し、徘徊や繰り返す訴え等の症状に合わせて【思考を推察しつつ、寄り添って活動を共にする】、【気分転換できるよう、場所を変える】、【不安の内容をじっくりと聞き、ひとつひとつ説明する】、【他のことを提案し、気になっていることから注意をそらす】対応を実施していた。「少し見守ってから声をかけ、訴えを聞きながら話をする」のように、せん妄発症前や発症時に表れてくる症状に合わせて対応していた。

③ “生活環境の調整”

看護職員は、【過剰な刺激を避け、安眠できる雰囲気を作る】、【心地よく安心できる場を築く】ことによって、高齢者が過ごしやすい場所を整え、せん妄誘発因子を低減させていた。具体的には、高齢者をベッド上に閉じ込めず自由に動けるように整える、入所前に訪問して会う、家族の協力を得ることにより、高齢者にとって心地よい場づくりに努めていた。

④ “薬効のモニタリング”

看護職員は【投与後の薬効を継続的にモニタリングする】ことを、不眠など主に高齢者の身体的消耗が激しい際に実施していた。看護職員は薬効を姿勢や歩行状態等の側面からも観察し、その人らしくいられるように、多職種で検討していた。

Ⅲ. 考察

老健やナーシングホームにおける、せん妄の高齢者に対する看護を示した研究は少ない。介護保険施設においてもせん妄への対応は重要であり、看護職員のせん妄の認識力の低さ¹⁶⁾からも、せん妄のアセスメント視点を明らかにしたことに価値がある。特に老健という生活主体の場において、高齢者の生活行動や様相の変化から、せん妄発症を捉えたアセスメント視点は重要と言える。また『安全・安寧・充実感の保障』は発症予防という観点からも基盤となる重要なケアであり、その上に『症状への対応』がなされて、はじめて効果的な悪化防止のケアとなる。

1. 施設入所高齢者の言動に即したせん妄のアセスメント視点

施設入所中の多くの高齢者は、夕方「うちに帰りたい」と訴える。この言動は、施設職員であれば高齢者がよくとる行動として認知されている。本研究では【夕方に「うちに帰りたい」と言って歩き回る】が、せん妄発症を予測するアセスメント視点として抽出されたが、このカテゴリーがせん妄発症前段階として、認知されたことにアセスメント視点としての重要性がある。なぜなら「うちに帰りたい」という行動の背景にある高齢者の心理状態がケアによって解決されず放置されることにより、その落ち着かなさや不安という心理状態に対し、対処能力の低下した高齢者は適応できずに、せん妄という意識障害へと移行してしまうからである。この言動をせん妄発症前段階の高齢者の状態として看護職員は認識し、その背景にある高齢者の心理状態に合わせ、対応することが重要になる。

高齢者の【様々な場面で場所や時間の見当識が失われてくる】、【日常生活の些細なことで突然興奮し、人格や表情が急激に変わる】、【興奮して怒鳴ったり、泣き出したりと激しい感情の起伏がある】という様相は、施設入所高齢者によく見られるものである。

生活スタイルが一定である老健では高齢者の些細な変化にケア提供者は気づきやすい。また【刺激や問いかけに対しても、表情が固く無反応である】場合、低活動性のせん妄発症が予測される。低活動性せん妄は、ケア提供者の手を煩わすことがなく、注目すべき対象として認識されにくい現状がある¹⁷⁾。高齢者の多くは、加齢変化に伴う排泄機能の低下により、夜間の排尿回数が増加する。そのため中途覚醒を余儀なくされている。看護職員の多くは、高齢者の睡眠覚醒リズム障害を認識しており¹⁸⁾、【中途覚醒により睡眠のリズムが崩れる】ことにアセスメントの視点が向いていると言える。発症初期段階の5つのカテゴリーは、高齢者の日々の生活の中で高頻度に観察される。高齢者の行動レベルのアセスメント視点が抽出されたことは、職種の異なるケア提供者との共通言語になり得るという点で意義がある。看護職員は、せん妄発症し重症化する類のものであるか判断し、他職種と協同して悪化を防ぐ対応をとる必要がある。せん妄発症が認識されているにも関わらず、見過ごされ放置されることにより重症化する事例も存在することから、状況を軽視せず対応すべきである。

高齢者が【人や物の幻覚や過去の体験に起因した妄想がある】、【目的が理解できない行動が生活場面で出現する】場合、自分自身の意思で思考や行動をコントロールすることは不可能であり、意識障害の状態である。このような進行した段階では、高齢者自身と他入所者の安全を確保し、適切な薬物による対応が必要である。

2. 『安全・安寧・充実感の保障』の重要性

看護・介護マニュアル¹⁹⁾によれば、老健は安心してゆったりした生活を確保できる設備を整備しなければならないとある。しかし施設は、高齢者にとって知らない場所であり「自分はここにいてよいのか」と不安を抱きやすい。スタッフが【丁寧に誠意を持って接する】ことにより、この場所(施設)に受け入れられていると感じることができよう。また介助を要する高齢者の日常生活は常に転倒転落のリスクが伴うが、【安全が保てるよう見守る】ことでリスクを回避できる。さらに高齢者に対し【楽しく得意な役割や活動を提供する】ことで施設に居場所を与え、身体的精神的に充実した生活の提供が可能である。これら『安全・安寧・充実感の保障』は、高齢者の生活を保護し守ることを目指しており、生活の場における高齢者ケアの基本と共通している。これまで、せん妄発症予防として、発症要因となり得る因子の除去、環境の調整や身体状態・薬剤の管理^{20), 21)}等の重要性が示されてきた。本研究では、要因の除去に限局せず、『安全・安寧・充実感の保障』に示された、高齢者が安心して、安全に生き生きと生活できるための援助の重要性が確認された。すなわち、老健の看護職員は、『安全・安寧・充実感の保障』の重要性を高齢者ケアの基本としてのみならず、せん妄発症予防としても認識していることが示唆された。

3. 高齢者のニーズに合わせた『症状への対応』

せん妄の要因は環境、ストレス、疾患など多岐に渡る²²⁾が、発症前・発症初期には何らかのサインが存在する。そのサイン、すなわち高齢者のニーズを満たすことが『症状への対応』である。第一に【排泄のリズムを把握し、整える】ことは生理的ニーズの充足である。高齢者は自ら不調を訴えられないため、【排泄のリズムを把握し、整える】ことや、脱水や発熱等の観察が看護職員に求められる。次に【思考を推測しつつ、寄り添って活動を共にする】、【気分転換できるように場所を変える】、【不安の内容をじっくりと聞き、ひとつひとつ説明する】、【他のことを提案し、気になっていることから注意をそらす】の“気がかりへの対応”は、高齢者の気になっていることを受け止め、苦しみから回避させることが援助の目的である。これらは高齢者の意思や主体性を第一に考え、尊重している老健だからこそ可能な看護である。これらの対応は、対象者の多くが効果的であったと語っており、治療優先の病院においては消極的であったものがカテゴリーとして抽出されたことは注目すべき結果である。【心地よく安心できる場を築く】ことと【過剰な刺激を避け、安眠できる雰囲気を作る】ことから成る“生活環境の調整”の目的は、安心して過ごせる場所の提供である。これらは高齢者に対する直接的な看護ではなく、高齢者が今まで過ごしてきた場所に少しでも近づけ、「ここに居たい」と思えるような空間を整えることで、高齢者を外側から支えている。【投与後、薬効を継続的にモニタリングする】は、本研究で唯一抽出された医療的処置である。看護職員は症状緩和のため医師へ相談し、的確な薬物医療の効果把握が求められる。

せん妄の発症予防および悪化防止を目的とする『症状への対応』は決して単独ではなく、相互に作用しながらなされている。せん妄は様々な要因が絡み合っている複雑な症候群であるため、個別的・複合的な対応が有効であると考えられる。

4. 施設入所高齢者に対するせん妄の発症予防と悪化防止を目指したケア

老健におけるケアの目標は、いかにその人らしく過ごせるかである。高齢者が必要とするケアは共通ではなく、個々の高齢者独自のニーズに合わせたケアを提供しなければならない²³⁾。老健において、入所高齢者のせん妄発症を予防し、発症時には悪化を防止するケアを提供していくためには、高齢者ケアの基本に準じた『安全・安寧・充実感の保証』を基盤とし、その上で高齢者の言動に即したアセスメント視点を用いてせん妄を把握し、個々の高齢者の状況に応じた『症状への対応』を行うことが重要になる。アセスメント視点の8カテゴリーおよび『安全・安寧・充実感の保障』、『症状への対応』を構成する11カテゴリーは、多職種間においても共通認識しやすく、実際の行動を思い描きやすい具体的な表現で示されたことに、大きな意義がある。専門分野が異なる多くの職種の協同が求められる老健において、チームでせん妄を認識し、『安全・安寧・充実感の保障』と『症状への対応』を連動させることによって、発症予防と悪化防止が実現しうる。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、施設入所高齢者に対するせん妄のアセスメント視点と発症予防および悪化防止の対応は明らかにされたが、効果の検証には至っていない。今後はこれらの効果の検証と、施設職員が実施可能なケアプログラムを作成し、臨床適用を保障していくことが課題である。

VIII. 結論

本研究では、施設入所高齢者に対するせん妄のアセスメント視点と、せん妄の発症予防および悪化防止のための対応が明らかになった。老健の看護職員は、高齢者のせん妄発症を予防し、悪化防止するために、他職種と連携して施設入所高齢者の『安全・安寧・充実感の保障』を実現し、その上でアセスメント視点を用いてせん妄を把握して、個々の高齢者の状況に応じた『症状への対応』を為すことが重要であると示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた介護老人保健施設の皆様に、心からお礼申し上げます。本研究は日本老年看護学会第14回学術集会において発表されたものであり、平成19～20年度科学研究費若手研究(B)(課題番号19791749)の研究成果の一部である。

文献

- 1) 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.
- 2) Dosa D, Intrator O, McNicoll L, et al (2007): Preliminary derivation of a nursing home confusion assessment method based on data from the minimum data set, The American Geriatrics Society, 55, 1099-1105.
- 3) McCusker J, Cole M, Dendukuri N, et al (2003): The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. J Gen intern Med, 18, 696-704.
- 4) Royal College of Psychiatrists (2005): Who cares wins: improving the outcome for older people admitted to the general hospital, Royal College of Psychiatrists, 12.

- 5) Irving K, Detroyer E, Foreman M, et al (2009) : Opening doors in delirium teaching and learning, International Review of Psychiatry, 21(1),15-19.
- 6) Philippe V, Sylvie R, Lise D, et al (2009) : Predisposing factors associated with delirium among demented long-term care residents, Clinical Nursing Research, 18(2), 153-171.
- 7) Potter J, George J (2006) : The prevention, diagnosis and management of delirium in order people: Concise guidelines, Clinical Medicine, 6(3),303-308.
- 8) 酒井郁子 (2006) : 術後せん妄の予防とケア, 日本整形外科看護研究会誌, 1, 42-45.
- 9) 前掲書 6)
- 10) Culp RK, Cacchione ZP (2008) : Nutritional status and delirium in long-term care elderly individuals, Nursing Reserch 21, 66-74.
- 11) Featherstone I, Hopton A, Siddiqi N (2010) : An intervention to reduce delirium in care homes, Nursing Older People, 22(4), 16-21.
- 12) 長谷川真澄 (2002) : せん妄状態にある老人保健施設入所者に対する看護師の認識とケアの現状, 老年看護学, 7 (1) , 128-137.
- 13) 長谷川真澄 (2002) : せん妄状態にある老人保健施設入所高齢者のケアにおける困難－看護婦・士へのアンケート調査から－, 札幌医科大学保健医療学部紀要, 5, 57-63.
- 14) Morency RC, Levkoff SE, Dick KL (1994) : Delirium in hospitalized elders, Journal of Gerontological Nursing, 20(8), 24-30.
- 15) Philippe V, Sylvie R, Lise D, et al (2008) : Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia, BMC nursing, 7(4), 1-14.
- 16) Steis RM, Fick MD (2008) : Are nurses recognizing delirium?, Journal of Gerontological Nursing, 34(9), 40-48.
- 17) 前掲書 15)
- 18) 前掲書 14)
- 19) (社)全国老人保健施設協会(2000): 【改訂版】介護老人保健施設 看護・介護マニュアル, (株)厚生科学研究所.
- 20) 前掲書 8)
- 21) 長谷川真澄 (2008) : 高齢者のせん妄とその予防, 日本整形外科看護研究会誌, 3, 26-31.
- 22) 一瀬邦弘, 中村満, 竹澤健司他 (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.
- 23) Dahlke S, phinney A (2008) : Caring for hospitalized older adults at risk for delirium, Journal of Gerontological Nursing, 34(6), 41-47.

The nurse's viewpoints and preventative care strategies related to the development and exacerbation of delirium for residents in geriatric health service facilities

Abstract

The purpose of this study was to identify nurse's viewpoints and preventative care strategies related to the development and exacerbation of delirium for residents in geriatric health service facilities (GHSF). A semi-structured interview survey was conducted among eleven GHSF nurses. Responds to open-ended questions from the questionnaire and the interview data were independently analyzed by content analyses. The content analysis yielded eight categories for nurses' viewpoints and eleven categories for care strategies to prevent delirium in GHSF residents. The eight constructed viewpoint categories included: "get around and say (e.g., I'd like to go home) ", "feelings of excitement from small things in daily life and rapid changes in emotion and facial expressions", and "severe mood swings that include sudden or excessive crying". The eleven constructed care-related strategy categories included: "treat the resident with sincerity and a smile", "keep an eye on the resident to provide safety and feelings of security", "encourage interesting activities and proper roles", "try to understand the resident's thoughts and act accordingly", and "listen to the resident's anxieties carefully and explain realities with respect".

Keyword: GHSF residents, nurse's viewpoint of delirium, preventative care of delirium

表1 セン妄のアセスメント視点

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	代表的なデータ例
夕方に「うちに帰りたい」と言って歩き回る	夕方頃になると、施設から「うちに帰りたい」と訴える	特に夕方は不安になる。夕方になると「子供が帰ってくるからご飯の支度をしなければならない」とそわそわし始めます。
	うちに帰りたい一心で、施設内を歩き回り、外に出ようとする	午後3時頃になると訴えが始まり、「家に連れてって」、「家に帰る」と言いながらフロア内を歩き始める
	同じ場所にいられず、そわそわして同じ行動を繰り返す	入所当日に「施設で泊まること」を説明しても納得せず、帰りたい一心で施設内をあちこち、うろうろと出口を探して歩き回っていた。
様々な場面で場所や時間の見当識が失われてくる	様々な日常生活の場面で、場所や時間の状況が理解できなくなる	トイレの中で真っ裸になっている方もいた。「どうしましたか？」と聞いたら、「お風呂に入りたいのだけど、お湯がなくて・・・」と言った。
日常生活の些細なことで突然興奮し、人格や表情が急激に変わる	スイッチが入ったように、突然人格が変わる	今まで、普通に話していたのに、突然、人格が変わったように、興奮した。
	日常生活上の些細なことで、突然興奮して顔つきが変わる	家族の面会のような、何らかのきっかけがあったあと、目が充血して、目がすわって、目つきが悪くなり、突如変貌する
興奮して怒鳴ったり泣き出したりと激しい感情の起伏がある	突然興奮して、大声で叫ぶ	日中は穏やかでも、夜になって「ふざけるな、このやろう」と奇声を発する女性の方がいる。「今、真夜中ですよ。4人部屋なので、静かにしてください」と話しても「はい」とおっしゃってても、しばらくすると大声をあげるという繰り返しになる。
	急に泣き出したりなどの感情の変化がある	何の前触れもなく、突然、急に怒り出したりとか、急に泣き出したりすることもあります。
刺激や問いかけに対しても表情が固く無反応である	笑いかけても、表情が陰しく暗くなる	喜怒哀楽の表情を持っている人が、無表情になり、話しかけても同じ表情でいると「あれ？」と思います。
中途覚醒により睡眠のリズムが崩れる	夜間の覚醒により、睡眠のリズムが崩れる	何か心配なことがあると、一度眠りにつかれても1時間くらいで、トイレに起きて、すぐには眠れないからまたトイレに行って、というように一度起きてしまうことで眠りが浅くなりますね。
人や物の幻覚や過去の体験に起因した妄想がある	見えない誰かや物が見えたり、あるはずのない音が聞こえたりしている	一晩中見えていてずっと話している。2人くらい見えていて、3人くらいで話しているようなこともある。その時は目も開いていますね。
	生活背景や過去の体験と関連はあるが、非現実的なことを言う	妄想が全面に出てきて「戸締りしなきゃいけない」とか、男性だと、夜にもかかわらず「今から現場に行かなきゃいけない」とか、生活に起因した妄想が出てきますね。
目的が理解できない行動が生活場面で出現する	目的が理解できない不可解な行動がある	せん妄の時、部屋でもベッドでも、とにかく四角く動く人がある。目的がないようでも、その人にとっては目的がある。

表2 セン妄の発症予防と悪化防止のための対応

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	代表的なデータ例
丁寧な誠意を持って接する	相手を尊重し、丁寧な言葉を使って接する	ほんとに忙しくて「こんな時に」って思ってもちょっとだけでも、ことばをかけるようにしている。
	ケアの依頼に迅速に対応する	ナースコールで呼ばれたら、行ける人が早く行って対応するようにみんなで心がけています。
安全が保てるよう見守る	高齢者自身と他利用者が安全に過ごせるように見守る	歩きたいんだったら歩いてもらえばいい。やりたいことを、自由にやってもらい、高齢者自身や他利用者に危険がないように見守ることが、私たちの仕事だと思う。
楽しく得意な役割や活動を提供する	得意で充実感のある役割を日常的に担ってもらう	作業ひとつでも落ち着くことになる。単純な作業でも、同じことを繰り返し繰り返しやっていくことで、ご自分の中で気持ちの落ち着きみたいなものが出るんですかね。私たちからみると、同じことを毎日繰り返し、たぶんそれがきつと、ご自分の中で心地よいのかなと思える時があります。自分に与えられた仕事っていうような。
	楽しくて生き生きとするアクティビティを提供する	日々の生活の中で『楽しいこと』を見つけること。その人にあったものを見つける。楽しいことは「ぬり絵」とか「ことわざのカード」とか。過去のことはよく覚えているから。あと「野菜作り」や「農業」。集中できるもの、生き生きしているものを選んでいく。
排泄のリズムを把握し、整える	排尿パターンを把握してタイミングよく、トイレへ誘導する	弟の嫁のような過去に関わりがあった人が突然、話に出てくるので、その話に付き合っ、しばらくしてからトイレに誘い、現実的なことを促す。
	排便パターンを把握し、整える	3日くらい便秘をすると、とてもそわそわして落ち着かなくなる人もいますので、その人の排便パターンをきちんと把握して、対応するようにしています。
思考を推察しつつ寄り添って活動を共にする	「何を考えているのかな」と少し見守り、何気なく話しかける	動き始めてからすぐに行くのではなく、「何を考えているのかな」と少し見守って、それから声をかけるようにしていますね。
	安心してもらうために、そばに付き添う	心の奥にかかえている不安に対して、声をかけながら、付き添っていると、少しずつ楽になるように感じます。
	気になっていることを理解するために活動を共にする	なくなった物について話始めたら、なくなってしまったものがどんなものか聞いて、一緒に探すようにしています。
気分転換できるよう、場所を変える	気分を変えられるよう、一緒に散歩する	施錠してあるドアの前にいる利用者に、「行く？」と聞き、行きたければ、一緒に別フロアへ散歩に行ったりする。
不安の内容をじっくりと聞き、ひとつひとつ説明する	話したいことを、否定せずにじっくり聞き、ありのままを受け止める	高齢者がどんなに激しく興奮していても、高齢者の話を、否定せずしっかりと聞くようにしている。 高齢者の行動や言動が理解できなくても、あるがままを受け止める。「受け止めるよ」という姿勢を示す。
	不安が解消されるよう、ゆっくり訴えを聞き、ひとつひとつ説明する	「そうは言っても、お部屋もおふとんひいて用意してあるし、宿とってあるから、ここは一晚泊まっていきましょう」と言うと、「じゃあ今日は休ませてもらいましょう。明日は朝早く行くからね」と落ち着く。
	ほっとして気持ちが楽になるように、お茶や甘いものなど好きな物をすすめる	私たちの近くに来ていただいて「とりあえず、お茶飲みましょ」って。「これ飲めば、ちょっとは落ち着くよ」って。
他のことを提案し、気になっていることから、注意をそらす	好きなことの話や役割を提供し、気になっていることから、気持ちをそらす	ぼつと違うところに気を向ける。「あつテレビでほら、何かあったってよ」とか「悪いけど、こっち助けてもらっていい？」とか、「ちょっと忙しいから、これ手伝ってもらえとうれしいな」と気持ちを全く違う方に移す。
過剰な刺激を避け、安眠できる雰囲気を作る	不快に感じる過剰な刺激を避け、安心して眠れる場所を提供する	とにかく刺激を避けて、なるべく穏やかな空気を作れるように、「じゃあ俺、一緒に寝るか」などと時には冗談のひとつやふたつ、からめてみたりしますね。
心地よく安心できる場を築く	好みや居心地の良さを大切に、くつろげる空間を作る	自宅で畳で寝ていた方は、ほっとできるように、施設でもできるだけ畳に寝てもらう
	身近な人と接する機会を作る	ショートステイ入所時に、家族から「〇日間、離れるけど頼むね」、「お願いね」と声をかけてもらう
投与後の薬効を継続的にモニタリングする	薬効を継続的にモニタリングし、量や服用時間の適切性を検討する	眠剤も合う、合わないがあるから、ハルシオン、グラマリール等、軽いものから飲んでもらって、眠剤の内服を開始したら、1～2週間は様子を観察して、記録し、様子を見る。

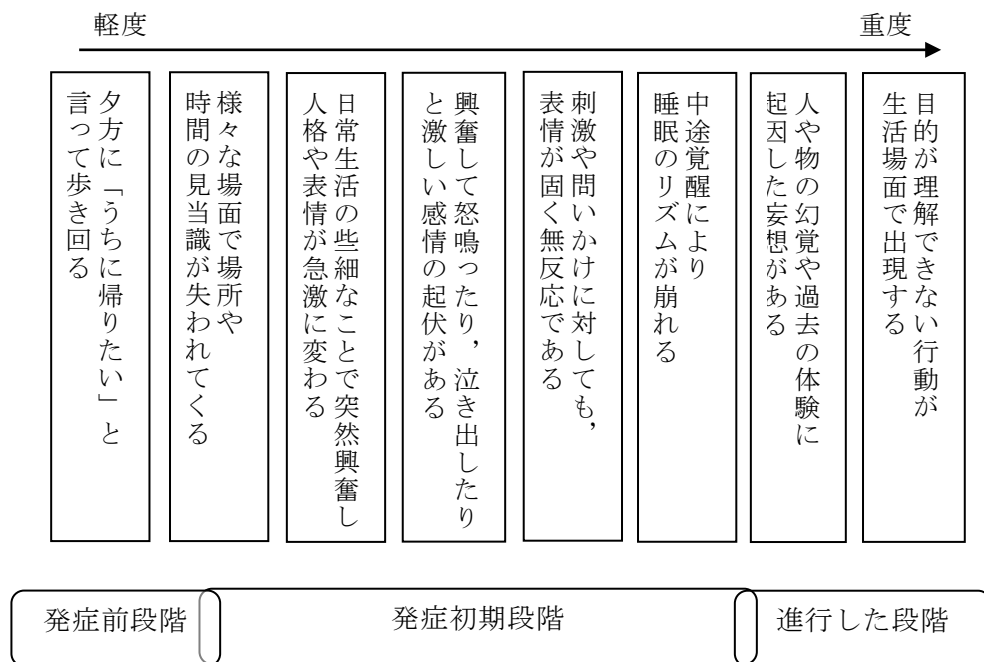


図1 せん妄のアセスメント視点

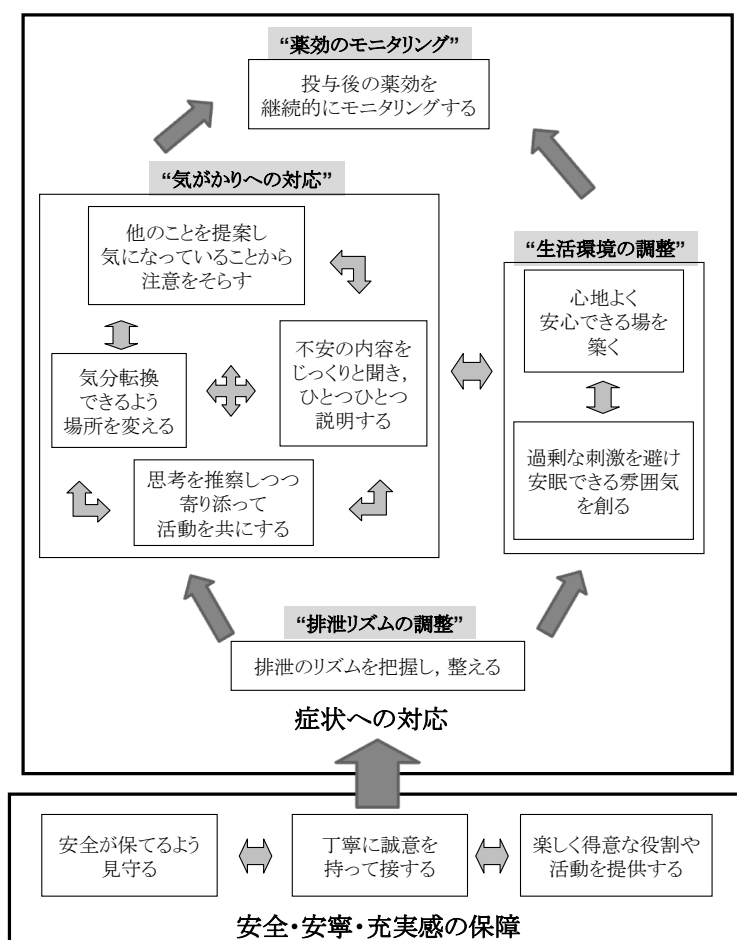


図2 せん妄の発症予防と悪化防止のための対応