

# St. Luke's International University Repository

## Clinical Nurse's Assessment Structure for Predicting the Development of Delirium among the Elderly Patients in Acute Care Setting.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 長谷川, 真澄, 亀井, 智子, Hasegawa, Masumi, Kamei, Tomoko メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.34414/00014959">https://doi.org/10.34414/00014959</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



## 急性期高齢患者のせん妄発生の予測に関する 看護師のアセスメント構造

長谷川 真 澄<sup>1)</sup>, 亀 井 智 子<sup>2)</sup>

### 抄 録

本研究は急性期ケアに携わっている看護師が、高齢患者のせん妄をどのようにアセスメントしているのか、せん妄発生の予測に関する看護師のアセスメント構造を提示することを目的とした。急性期治療を行っている総合病院8施設の病棟看護師28名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを行った。5グループに分けて実施したインタビュー内容は逐語録を作成し質的に分析した。

分析の結果、1)急性期にある高齢患者、2)入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験、3)せん妄につながる体験の知覚/反応の3つの主題となる枠組みと12のカテゴリーが見出され、せん妄の発生予測に関する看護師のアセスメント構造が示された。1)急性期にある高齢患者には、①患者特性、②緊急入院・初回入院、③せん妄になりやすい疾患・病態、④治療の4カテゴリーが含まれた。2)入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験には、⑤生活の場の変化、⑥疾患・治療に伴う苦痛・制限、⑦生活パターンの崩れの3カテゴリーが含まれた。3)せん妄につながる体験の知覚/反応には、⑧不適切な感覚刺激、⑨強い拘束感、⑩不安の増大、⑪時間/環境認知のずれ、⑫コミュニケーション能力/適応力の低下・限界の5カテゴリーが含まれた。アセスメント構造において、急性期にある高齢患者は、入院・治療に伴いさまざまな内的・外的環境変化を体験しており、これらの体験について高齢者が、「せん妄につながる体験の知覚/反応」を示している場合にせん妄を発生しやすいと予測される。

本研究結果から、「せん妄につながる体験の知覚/反応」という新たなアセスメントの視点が示唆され、高齢患者がせん妄を発症するか否かを見定める鍵になるのではないかと考えた。

今後は、本研究で提示されたせん妄の発生予測に関するアセスメント構造について、実際の高齢患者で検証し、せん妄発生を予測するためのリスクアセスメントツールの開発へとつなげていきたい。

キーワード：急性期高齢患者、せん妄発生の予測、看護アセスメント構造

### I. はじめに

医療技術の進歩に伴い、急性期において高齢者が侵襲的治療やケアを受けることが日常的となってきた。厚生労働省の患者調査(2002年)によれば、145万人の入院患者のうち約6割が65歳以上で占められ、近年増加傾向にあるとされている(厚生統計協会, 2005)。高齢者は加齢に伴う諸臓器の生理機能が一般的に低下しており、ひとたび健康を脅かすストレスが加わると生体内のバランスは崩れやすく、さまざまな合併症や老年症候群を併発しやすいという特徴がある(折茂, 1999)。特に急性期の高齢患者については、せん妄、転倒、褥瘡などが、老年看護で取り組むべき重要な課題であると考えられる。入院患者の転倒と褥瘡に対しては、2002年の診療報酬改

訂における医療安全管理体制未実施や褥瘡対策未実施に対する減算制度の新設などにより、入院時にこれらのリスク・アセスメントを行い、予防策を講じるシステムは多くの病院で整備されつつある。一方、せん妄は、入院直後や手術後などの急性期状況にある高齢患者に多く起こりやすいにもかかわらず、そのリスク・アセスメントや予防ケアは看護師一人ひとりの経験に依存しているのが現状である。

せん妄は、脳の一時的な機能失調によって起こる、注意障害を伴った軽い意識のくもり(意識混濁)を基盤とする症候群であり、落ち着きのなさ、見当識障害、幻視、幻覚、暴力行為などの症状が急激に現れ、症状は一日のなかで動揺するという特徴がある(一瀬, 2002)。せん妄の発症率は、内科患者では10~20%、一般外科患者

受付日2006年2月3日 受理日2006年6月2日

1) 神奈川県立保健福祉大学, 2) 聖路加看護大学

7～36%，大腿骨頸部骨折患者5～52%にのぼる(Lindesay, 2002)。せん妄の発症要因を探る研究は、多くの医学および看護研究で行われ、それらの研究で取り上げられた要因は、感染症、脳血管障害、脱水、呼吸不全などの病態、電解質、血糖値などの検査データ、薬物、認知機能の低下、日常生活動作(ADL)の低下、年齢、せん妄の既往、身体拘束、疼痛、心理的ストレス、人的・物理的環境の変化など多岐にわたる。しかし、いずれの先行研究も対象者数が数十～数百人とさまざまであり、せん妄に対する独立変数が複数あるのに比べサンプルサイズが小さいことから統計学的有意差が出にくく、単一の研究でせん妄の決定的な発症因子を見出すのは難しい状況にある。Eliら(1998)は、せん妄のリスク因子について1966年から1995年までの27文献をレビューし、見出された61のリスク因子のうち10因子についてメタ分析を行っている。その結果、せん妄のリスク因子としては、認知症(オッズ比OR 5.2; 95%信頼区間CI 4.2～6.3)が最も強く、次いで内科疾患(OR 3.8; 95%CI 2.2～6.4)、アルコール過剰摂取(OR 3.3; 95%CI 1.9～5.5)、ADL低下(OR 2.5; 95%CI 1.4～4.2)、ナトリウム値の異常(OR 2.2; 95%CI 1.3～4.0)、うつ(OR 1.9; 95%CI 1.3～2.6)、男性(OR 1.9; 95%CI 1.4～2.6)、聴力障害(OR 1.9; 95%CI 1.4～2.6)、視覚障害(OR 1.7; 95%CI 1.2～2.3)であった。

また、Lipowski(1990)は、せん妄の発症要因を直接原因(precipitating factors)、促進因子(facilitating factors)、準備因子(predisposing factors)に分類し、この3つの要素が重なりあってせん妄を発症させると述べている。促進因子は、入院による生活環境の変化、睡眠障害、精神的ストレス、身体拘束などの不働化、感覚遮断または感覚過剰、疼痛などのせん妄を引き起こす引き金となる因子であり、準備因子は、高齢であること、脳血管障害の既往、認知症など、せん妄を引き起こす脳の脆弱性を示す因子である。

せん妄を評価する既存の尺度は十数種類あり、その内容はせん妄のスクリーニング(Vermeersh, 1990; Williams, *et al.*, 1991)、診断補助(Trzepacz, *et al.*, 1988; Trzepacz, 1998; 一瀬他, 1998; Inouye, *et al.*, 1990)、重症度モニタリング(Vermeersh, 1992; Neelon, *et al.*, 1992; 綿貫他, 2001; Robertsson, *et al.*, 1997; McCusker, *et al.*, 1998)の3種類に分類可能である。これらの多くは米国精神医学会の診断基準DSM III-Rなどをもとに開発され、尺度構成はせん妄症状と発症形式から成り立っているのが一般的である。そのため、既存の尺度でせん妄の発症を予測したり、発症要因を同定することは難しい。

せん妄の発症率が他の疾患に比べ比較的高い大腿骨頸部骨折患者を対象とした病棟でのせん妄評価尺度の使用頻度はわずか6.5%である(長谷川, 2005)。また、せん妄の発症要因をアセスメントしている病棟のほうが予

防ケアの実施率が高いという結果も認められている。

以上から、せん妄発症の予防には、高齢者の入院時に看護師がせん妄のリスク要因を系統的にアセスメントし、看護ケアの実践に結びつくようなアセスメントツールの開発が必要と考える。

## II. 研究目的

本研究は急性期高齢患者のせん妄のリスクアセスメントツール開発の第1段階として、実際に急性期ケアに携わっている看護師が、高齢患者のせん妄を予測するためにどのような情報を用いてアセスメントしているのか、急性期高齢患者のせん妄の発生予測に関する看護師のアセスメント構造を提示することを目的とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象

対象は急性期治療を行っている総合病院8施設(総病床数102～690床)の病棟看護師28名である。ただし、小児科と産科の単科病棟看護師、および、看護師長は対象の条件から除外した。

リクルート方法は、以下の手順を踏んだ。まず急性期治療を行っている総合病院11施設の看護部長に文書で本研究への参加者の推薦を依頼し、8施設の看護部から了承を得た。被推薦者である病棟看護師に対し、研究の目的・方法、倫理的配慮について記載された研究協力依頼文および参加希望用紙を看護部から配布してもらった。研究参加を希望する看護師には、参加希望用紙に記載されているインタビュー候補日のうち参加可能な日程を選択し、研究者宛に直接返信してもらった。ただし、1施設(以下の混合群に該当)は、便宜的に日時を設定した。

### 2. データ収集方法

データ収集方法はフォーカス・グループ・インタビューであり、新人群(看護師経験1～3年目)2グループ、ベテラン群(看護師経験4年目以上)2グループ、経験年数による振り分けをしない混合群1グループに分けて実施した。新人群、ベテラン群は所属施設に関係なく1グループ4～7名で構成し、研究者の所属施設内の個室でインタビューを行った。混合群は同一施設の異なる病棟の看護師6名で当該施設の会議室で実施した。インタビューの所要時間は75～100分間であった。

インタビューの内容は、①入院高齢者のせん妄発症を予測するために具体的にどのような情報や勘を使ってアセスメントしているか、②せん妄の予防、早期発見、ケアにツールは必要だと思うか、また、それはなぜか、③どのようなツールが臨床現場で活用が可能なか、の3点である。インタビュー時の効率的かつ活発な討論を引き出

すため、参加者には事前に質問項目を提示した。フォーカス・グループの進行役は研究者が行った。

インタビューの記録は参加者全員の承諾を得て、カセットテープレコーダーへの録音、および、ビデオカメラによる録画を行った。ただし、混合群は器材の都合により、録音のみとした。

データ収集期間は、2004年7～8月であった。

### 3. 分析方法

録音テープから逐語録を作成し、分析データとした。録画ビデオは、逐語録を作成する際の発言者を特定したり、発言時の他のメンバーの反応などを確認する資料として用いた。

分析は、Ritchie (1994) のフレーム・ワーク・アプローチを参考に行った。フレーム・ワーク・アプローチは、イギリスで開発された応用的あるいは政策的な質的研究手法で、あらかじめ研究の期間や目的が設定されているなかで、それを考慮に入れながら、かつ現場のデータをもとにした知見を探究する手法である (Pope, 1999)。現象を記述し解釈する類型化による分析は、帰納的に得られる場合もあれば、データ分析のはじめから、あるいは途中から推論をもとに演繹的に設定するという点が通常の質的研究とは異なる。フレーム・ワーク・アプローチの分析手順は、①データへの習熟化 (familiarization)、②主題となる枠組みの明確化 (identifying a thematic framework)、③索引づけ (indexing)、④主題となる枠組みへのデータの再分類と関係の図示 (charting)、⑤概念の定義づけおよび類型化の完成と解釈 (mapping and interpretation) の5段階からなる。

前述のように、せん妄の発症要因に関する先行研究からすでに多様な要因が明らかになっているが、実際の臨床現場では、それらの研究成果がまだ十分活用されていない現状にある。本研究では収集したデータと先行研究の知見とも照らしあわせながら、急性期高齢患者のせん妄の予測に関する臨床看護師のアセスメント構造を見出す手法としてフレーム・ワーク・アプローチの分析方法を選択した。

### IV. 倫理的配慮

対象者の研究参加への任意性を保障するために、インタビュー開始前に研究者は参加者に対し、研究目的・方法、途中で参加をやめることができ、その場合に所属施設へ連絡しないことを説明し、参加意思を再度確認したうえで同意書を交わした。

データの分析、結果の公表において個人名や施設名はすべて匿名とし、グループ・インタビューの際には、参加者にアルファベットの名札を渡し、名札の記号で呼びあい発言してもらった。また、同意書を交わす際に、グ

ループ・インタビューで見聞きしたことは一切他言しないことを約束してもらった。データはすべて鍵のかかる場所に保管し、本研究の目的以外に使用しないこと、録音・録画テープなどの個人データは研究終了後、消去・破棄することを約束した。

インタビュー・グループのメンバーは、複数の異なる病院、あるいは異なる病棟の看護師で構成し、参加者間の利害関係による発言への影響を最小限にした。しかし、インタビュー時のグループ・ダイナミクスによっては、他者の発言に不快感を感じたり情緒的反応を生じるおそれがあるため、進行役は、常に発言者および発言者に対するその他の参加者の非言語的な表現を観察し必要に応じて話題を振る、確認する、休憩をとるなどした。一方、参加者に予測される利益としては、他者との意見のやりとりにより、自己のケアの振り返りや新たな視点を得る機会になると考えられた。

なお、本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認 (2004年6月、判定結果通知番号 16-31-001) を得て実施した。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要 (表1)

対象者は全員女性で、平均年齢 (±SD) 27.5±4.9 歳であった。看護師経験年数の中央値は、新人群 (n=9) 2年3カ月 (1年3カ月～3年3カ月)、ベテラン群 (n=13) 8年3カ月 (4年4カ月～17年7カ月)、混合群 (n=6) 6年9カ月 (2年3カ月～13年3カ月) であった。対象の所属病棟の内訳は、内科14名、外科5名、整形外科5名、混合病棟2名、ICU、緩和ケア病棟が各

表1 対象者の概要 (n=28)

年齢：mean±SD (歳)	27.5±4.9
看護師経験年数：median (min～max)	
新人群 (n=9)	2y.3m. (1y.3m.～3y.3m.)
ベテラン群 (n=13)	8y.3m. (4y.4m.～17y.7m.)
混合群 (n=6)	6y.9m. (2y.3m.～13y.3m.)
所属病棟：人 (%)	
内科病棟	14 (50.0)
外科病棟	5 (17.9)
整形外科病棟	5 (17.9)
混合病棟	2 (7.1)
ICU	1 (3.6)
緩和ケア病棟	1 (3.6)
最終学歴：人 (%)	
専修学校	22 (78.6)
短期大学	2 (7.1)
4年制大学	4 (14.3)

1名であった。最終学歴は、専修学校22名、短期大学2名、4年制大学4名であった。

## 2. 仮の主題となる枠組みに基づく索引項目の類型化の過程

分析の第1段階を経て、看護師の語りは、「急性期にある高齢患者」「入院・治療に伴う内的・外的環境変化」「看護師がとらえた意味づけ/患者の反応」の3つに大別され、これらを仮の主題となる枠組み (thematic framework) とした。また、分析手順の第3段階において索引項目 (index) は、〈高齢〉〈職業〉〈性格〉〈認知症〉〈難聴〉〈せん妄の既往〉〈入院形態〉〈せん妄になりやすい疾患・病態〉〈手術〉〈薬剤〉〈生活の場の変化〉〈安静〉〈管類の装着・身体拘束〉〈疼痛〉〈生活パターンの崩れ〉〈不安の増大〉の16項目が見出された。

分析手順の第4段階では、これらの索引項目について、先の3つの仮の主題となる枠組みに基づきデータを見直し関連性を検討し、一覧表 (表2) にした。表中の網掛は、各索引項目をどの仮の主題となる枠組みへ類型化したかを示している。ここでは、索引項目の中の〈性格〉と〈安静〉を取り上げ、データを再分類したプロセスを説明する。

### 1) 〈性格〉

「平均的に言わせていただくと几帳面な気質の方、いわゆるA型気質の方、あとは、初回入院の方とか、あとストレスに強いかどうか、ご自身かご家族に直接聞いてしまうのですが、環境の変化に適應できるか、できないか、そういったところで情報をとって、だいたい起こしやすいなとか… (中略) …わりと我慢強く言えなかったとか、看護師には言えないタイプだとか、わりと何でも言う人は意外と大丈夫なのですが、わりと我慢強い人の方がせん妄になるかなと思う。」

上記の語りから、A型気質、几帳面、我慢強い性格 (下線部) を〈性格〉の索引項目に含めた。これらの〈性格〉は、高齢患者が元来もっている特性の中でせん妄に陥りやすい特性ととらえていたことから、仮の主題となる枠組みの「急性期にある高齢患者」に位置づけた。また、看護師は、このような特性をもつ人はストレスに弱く環境変化に適應できない (波線部) ととらえ、せん妄になりやすいと考えていた。このように、看護師がせん妄の発生を予測する際に注目している情報を、どのように意味づけてせん妄になりやすいと判断しているのかを示す語りは、「看護師がとらえた意味づけ/患者の反応」という仮の主題となる枠組みに位置づけた。

### 2) 〈安静〉

「しっかりしていればしているほど危険だなと感じることが多々あります。長時間安静を強いられた場合、しっかりした人、何でも自分でやっていた人が長時間動いちゃ駄目ですよと言われたときに点滴を抜いたことがあったので、そういう人には注意しています。」

この語りから、長時間の安静 (下線部) を〈安静〉の索引項目に含めた。しっかりした人という特性をもつ高齢患者に、〈安静〉という「入院・治療に伴う内的・外的環境変化」が加わった場合に、点滴を抜く (波線部) というせん妄症状がみられた経験から、看護師は長時間の安静という情報に注目していた。そして、長時間の安静という情報と点滴を抜くというせん妄症状と思われる患者の反応を結びつけていた。したがって、このような語りに含まれるせん妄症状と思われる患者の反応も仮の主題となる枠組みの「看護師がとらえた意味づけ/患者の反応」に含め、表2では斜体文字で示した。

## 3. 急性期高齢患者のせん妄の発生予測に関する看護師のアセスメント構造 (図1)

分析手順の最終段階において、仮の主題となる枠組みに基づく索引項目の類型から得られる解釈を記述しながら (表2)、索引項目間の関連性を吟味し図示したものが、急性期高齢患者のせん妄発生の予測に関する看護師のアセスメント構造 (図1) である。最終的に、主題となる枠組みは、「急性期にある高齢患者」「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験」「せん妄につながる体験の知覚または反応」と命名した。以下に図1について、説明する。

1つ目の枠組み「急性期にある高齢患者」には、《患者特性》《緊急入院・初回入院》《せん妄になりやすい疾患・病態》《治療》の4つのカテゴリーが含まれた。分析の過程で見出された〈高齢〉〈職業〉〈性格〉〈認知症〉〈難聴〉〈せん妄の既往〉の6つの索引項目は、関連性の検討と解釈のプロセスにおいて《患者特性》としてカテゴリー化した。これらの《患者特性》は、急性期にある高齢患者が元来もっている特性のなかでもせん妄になりやすいと看護師が認識している特性であり、患者のコミュニケーション能力や適應力に影響する要因と考えていた。特に〈難聴〉は、コミュニケーションを阻害し不安からせん妄になりやすいと考えていた。〈入院形態〉は、緊急あるいは初めての入院という入院形態によって、患者は入院したことを理解していなかったり、実施される医療処置の必要性を認識していないことによってせん妄になりやすいと考えていた。したがって、アセスメント構造の図においては、《緊急入院・初回入院》としてカテゴリー化した。また、看護師の臨床経験から脳血管性疾患、肝疾患、アルコール離脱、大腿骨頸部骨折、発熱、脱水、電解質不均衡、低血糖、うつなどの患者はせん妄になりやすいととらえており、これらの《せん妄になりやすい疾患・病態》は「急性期にある高齢患者」がもちやすい病態の特徴ととらえていた。〈手術〉は侵襲が大きい術式や再手術で、術後に複数のドレーン類が装着されたり、術後の安静度が厳しい状況や、麻酔の影響がせん妄の発症要因になると考えていた。看護師の臨床経験からせん妄になりやすい〈薬剤〉には、睡眠導入

表2 仮の主題となる枠組みに基づく索引項目の類型と解釈

仮枠組み 索引項目	急性期にある高齢患者	入院・治療に伴う 内的・外的環境変化	看護師がとらえた意味づけ または患者の反応	解 釈
高齢	高齢 70～80歳代 90歳以上	個室 初回入院 マイスリー®服用	せん妄の危険が高い 徘徊・裸になる 体力がある分、危険 柵を外す力もない 周囲の人もよく見てくれる	高齢者のなかでも70～80歳代はせん妄のリスクが高いが、90歳以上になると周囲も気にかけているので危険行動は少ない。
職業	教員、役所勤め、管理職 などの堅い仕事		物静かだった人が術後に多弁に なったり、ルートを切断して血 まみれの事例	臨床経験から堅い職業の人がせん妄になりやすいと認識。
性格	几帳面、神経質、A型気 質		ストレスに弱く環境変化に適応 できない	几帳面、神経質、A型気質の人は、 ストレスに弱く環境変化に適応し にくい。
	自立心旺盛、我慢強い性 格	ADL低下などさまざま な制限	自分でできないことにショック を受ける 自分でできるとしてしまう 看護師に言えない	自立心旺盛、我慢強い性格の人は、 入院前と入院中の生活行動のギャ ップに適応しにくい。
認知症	認知症 理解力の低下	膀胱留置カテーテル 点滴などの管類 行動制限 痒み いつもと違う排泄誘導	嫌な刺激と知覚し、それらから 免れようと行動する	認知症のある患者は理解力が低下 しているため、治療上必要で体に 装着しているものも不快なもの と知覚し、それらを取り除こうとす る。
難聴	難聴		コミュニケーションがとりにく く不安になる	難聴のある患者はコミュニケーション がとりにくく、治療などの説明の 理解を妨げ、不安の要因にもなる。
せん妄の既往	以前の入院時にせん妄に なったことがある			以前の入院でせん妄の既往がある 人は、再びせん妄を起こしやすい。
入院形態	緊急入院 初回入院		現状が理解できない 点滴など医療行為を受けるのも 初めてで必要性を認識していない	緊急入院や初回入院は、入院した ことを理解していなかったり、実 施される医療行為の必要性や内容 を理解せず、せん妄になりやすい。
せん妄になり やすい疾患・ 病態	クモ膜下出血、水頭症 脳腫瘍 脳血管障害の既往		術後に多くが不穏、大暴れする が、疾患が改善すると症状は消 失する	臨床経験からせん妄になりやすい 疾患・病態には、脳血管性・器質 性疾患、肝疾患、アルコール離脱、 大腿骨頸部骨折、発熱、脱水、電 解質不均衡、低血糖、うつなどが 含まれる。
	肝臓疾患、肝性脳症 肝機能障害	昏睡度が高まる アンモニア上昇	ベッドに失禁など予想のつかない 行動がある	
	アルコール常用、依存症		禁断症状としてのせん妄元来ス トレスに弱いのでお酒に逃げる。 そのため不安が強く、手術ス トレスにも負ける	
	大腿骨頸部骨折	鋼線牽引	活動制限されるため呆ける	
	80歳代男性で40℃の高熱 発熱		不穏になった 朦朧として失禁	
	脱水 高カリウム血症 電解質不均衡 低血糖		治療したら元に戻った	
	うつなど精神面に問題が ある		顔つきが違う	
手術		食道・肝臓・脾頭部手術、 再手術でドレーン類が多い	術後の独語、せん妄が多い 手術翌日に患者が走って逃げ、 警察から連絡の事例	侵襲の大きい手術は、術後に装着 するドレーン類が多い、安静度が 厳しい状況にあり、せん妄になり やすい。
		大腿骨頸部骨折手術後で 安静指示が厳しく、天井 ばかり見ている	天井がテレビ、上から子どもが 話しかけるなど幻覚が多い	高齢者は麻酔の影響でせん妄にな りやすい。
		気管内挿管のため訴えら れない 自己抜管予防のため抑制	突然、せん妄になった	
	高齢	麻酔	身体への麻酔の影響が大きく、 夜間叫ぶ、ルート類の切断がみ られた	

(表 2 つづき)

仮枠組み 索引項目	急性期にある高齢患者	入院・治療に伴う 内的・外的環境変化	看護師がとらえた意味づけ または患者の反応	解釈
薬剤	自宅または術前服用し何 でもなかった睡眠剤	術後に服用	管を抜いてしまった	睡眠導入剤は、人・投与時期によ って合わない場合があり、不穏・興 奮状態を引き起こしたり、昼夜逆 転になる。 臨床経験からせん妄になりやすい 薬剤には睡眠導入剤のほか、麻薬、 利尿剤、鎮痛剤、精神安定剤、プ レドニン®、向精神薬が含まれる。
		睡眠剤：ハルシオン®， レンドルミン®，リスパダ ール®，リスミー®，マイ スリー®，アモバン®	不穏，暴力的になり逆効果 昼夜逆転に	
		麻薬	疼痛コントロールができていな い，または，増量によりせん妄 に	
		利尿剤：ラシックス®， アルダクトンA®	頻尿から不穏に	
		鎮痛剤 精神安定剤 副腎皮質ホルモン剤：プ レドニン®		
		抗精神病薬	抗精神病薬長期服用による肝機 能障害または，薬剤離脱による せん妄	
生活の場 の変化	一定の生活基盤をもっ ている	入院環境	生活する場ではない	入院することや病室が変わること は，一定の場で生活することで安 定している高齢者にとっては，今 までと違う感覚や混乱を覚悟する。 個室やICUなどの特殊な病室へ の収容は，高齢者に与える感覚刺 激が不適正になりやすく，拘束感 をもたらす。
		入院中の部屋移動	今までと違う感覚，混乱し元の ベッドに戻ってしまう	
		個室	刺激が少ない，話ができない モニターの光・音の過剰刺激 拘束されている感覚	
		ICU入室		
安静	活動的だった人 しっかりした人 現状を理解していない 理解力が低下している	急な安静 長期間の安静	安静を守れない 点滴を抜く，パニックになる 刺激が与えられにくい 不安がベースにある人は安静が せん妄の引き金になる	入院前の自立度が高い人や理解力 の乏しい人にとって，治療に伴い 安静を強いられることは，せん妄 の引き金になる。
管類の装着・ 身体拘束		手術後などで管類が多い 24時間の点滴 ベッド柵 抑制帯の装着	切迫感 閉じ込められている感覚 動きが制限される	複数の管類の装着，24時間の点 滴，ベッド柵や抑制帯の使用は， 患者にとって切迫感や拘束感を覚 悟し，せん妄症状を助長する。逆 に拘束が解除されるとせん妄症状 は治まる。
疼痛		痛み 痛みの持続	不安を助長する	コントロールされていない疼痛は， 患者の不安を助長するとともに， せん妄の要因になる。
生活パター ンの崩れ	その人の生活リズムやパ ターンがある 食事をしてきた トイレでの排泄	疾患・手術などで絶食 膀胱留置カテーテル挿入 おむつ装着 不眠	時間経過がわからなくなる 尿意や違和感が持続し，トイレ に行きたいと動いたり，カテー テルを引っ張る，おむつに手を入 れる 病棟研究で有意差があった	1日3度の食事が絶食でなくなる ことは，患者の時間感覚を剥奪す ることになる。 入院・治療に伴い，今までやって きた食事や排泄，睡眠のパターン が崩れるとせん妄になりやすい。
不安の増大	感染症	個室へ隔離	隔離された不安から不穏に	個室への隔離，家族など親しい人 からの孤立，病状などに対する心 配，コミュニケーション障害は， 患者の不安を増大させ，せん妄の 要因となる。
		いつもいる人がいない 夜になり家族が帰宅 仲のよい同室者が一斉退 院	不安，ショックでせん妄に 家族がいると人が変わったよう に元に戻る	
		夜間	不安が強くなる	
	病状や死の不安が持続	せん妄に		
難聴		コミュニケーションがと りにくい	不安で不穏に	



剤、麻薬、利尿剤、鎮痛剤、精神安定剤、副腎皮質ホルモン剤、抗精神病薬が含まれた。これらは急性期の患者に施行されることが多い《治療》の内容であり、「急性期にある高齢患者」のせん妄発症に関連する医原的要因と解釈した。

以上から図1において「急性期にある高齢患者」とは、看護師がせん妄を発生しやすいととらえている急性期状態にある高齢患者の特性を含んでおり、患者が入院する時点ですでにもっている患者特性や入院形態と、急性期の身体状態を左右し、かつ、せん妄の直接原因になりうる疾患・病態と治療とした。これらは、看護師が直接的に介入することが難しい特性であるが、せん妄の発生を予測するうえで把握しておくべき情報である。

2つ目の枠組み「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験」には、《生活の場の変化》《疾患・治療に伴う苦痛・制限》《生活パターンの崩れ》の3カテゴリーが含まれた。《生活の場の変化》に含まれる入院による変化、入院中の部屋移動は、一定の場で生活することで安定している高齢者にとっては、今までと違う感覚や混乱を体験すると考えていた。また、個室、ICUなどの特殊な病室への収容は、高齢者に与える感覚刺激が不適正

になりやすく、拘束感をもたらすと考えていた。さらに、家族や馴染みの人からの孤立という人的環境の変化は、患者の不安を増大させ、せん妄の要因となると考えていた。《疾患・治療に伴う苦痛・制限》には、〈安静〉〈管類の装着〉〈身体拘束〉〈疼痛〉の4つの索引項目を含むカテゴリーとした。特に入院前の自立度が高い人や理解力の乏しい人にとって、治療の一環として〈安静〉を強いられることは、せん妄の引き金になると推測していた。また、複数の〈管類の装着〉、24時間の点滴、ベッド柵や抑制帯の使用などの〈身体拘束〉によって、高齢患者は切迫感や拘束感を抱き、せん妄症状を助長するが、逆に拘束が解除されるとせん妄症状は治まると看護師は認識していた。コントロールされていない〈疼痛〉は、患者の不安を助長するとともに、せん妄の要因になると考えていた。さらに、疾患や治療のために絶食になる、排泄方法を膀胱留置カテーテルやおむつに変更するなどによって日常生活にさまざまな制限が加わり、入院前までの食事や排泄、睡眠などの《生活パターンの崩れ》が生じ、高齢者は時間感覚のずれや強い拘束感を知覚することでせん妄になりやすいと考えていた。

以上から「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体

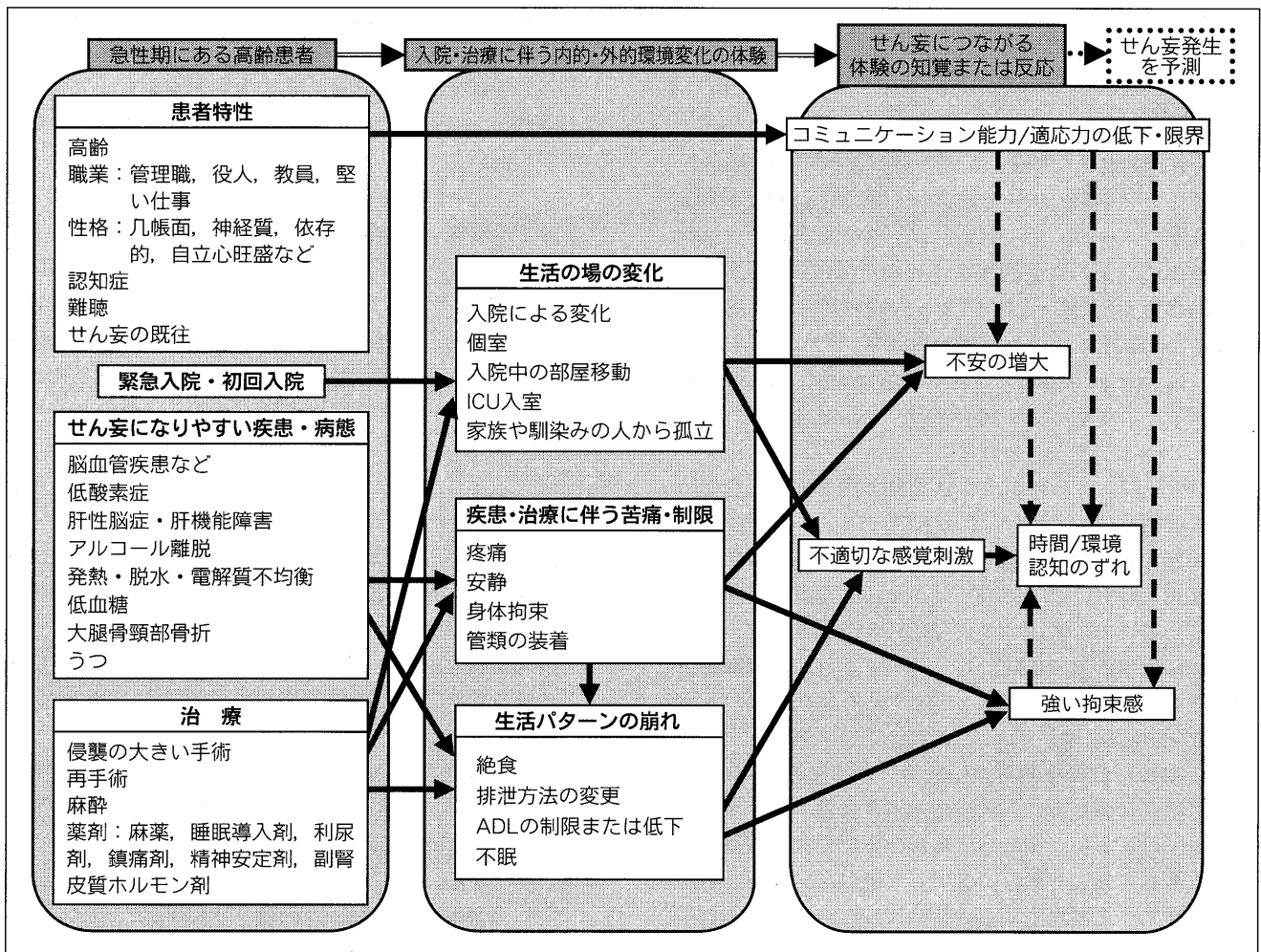


図1 急性期高齢患者のせん妄発生の予測に関する看護師のアセスメント構造



験」は、急性期にある高齢患者が入院や治療に伴って日常生活の場やパターンの変化、苦痛や制限を受けていることがあり、これらの内的・外的環境変化の体験の有無がせん妄発生を予測する指標となる。

「急性期にある高齢患者」は、先にあげた《患者特性》《せん妄になりやすい疾患・病態》を兼ね備えており、《緊急入院・初回入院》《治療》に伴って《生活の場の変化》《疾患・治療に伴う苦痛・制限》《生活パターンの崩れ》という内的・外的環境変化を体験している。そして、これらの体験について、3つ目の枠組みである「せん妄につながる体験の知覚/反応」を高齢者が示している場合によりせん妄を発生しやすいと予測される。つまり、「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験」について高齢者が《不適切な感覚刺激》《強い拘束感》《不安の増大》として知覚したり、《患者特性》からもたらされる《コミュニケーション能力/適応力の低下・限界》が、高齢患者の《強い拘束感》や《不安の増大》をいっそう助長したり、《時間/環境認知のずれ》を生じさせ、せん妄発生につながると考えられた。

なお、図1において、実線矢印は看護師のインタビューデータにおいて関連性が語られていたものであり、破線矢印は分析過程において研究者が関連性を解釈したものであること示している。

## VI. 考察

本研究で抽出されたせん妄の予測に用いている情報は、先行研究で明らかになっているせん妄の発症要因とおおむね同様であった。せん妄発生の予測に関するアセスメント構造に含まれた主題となる枠組みは、「急性期にある高齢患者」「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験」「せん妄につながる体験の知覚/反応」の3つであり、Lipowski (1990) が述べた直接原因、促進因子、準備因子というせん妄の発症要因の分類とは異なる見方がされていることが明らかになった。

3つの主題となる枠組みに含まれたカテゴリーを先行研究と比較していくと、《患者特性》のなかの高齢、認知症などはせん妄の準備因子であり、《せん妄になりやすい疾患・病態》や《治療》は、せん妄の直接原因に該当すると考える。そして、「入院・治療に伴う内的・外的環境変化の体験」に含まれるカテゴリーは、促進因子ととらえることができる。一方、「せん妄につながる体験の知覚/反応」は、これまでの研究ではあまり注目されてこなかった視点であり、医師とは異なり24時間継続して患者に接している看護師独自の視点ともいえるのではないだろうか。せん妄は複数の発症要因が複雑に重なって発症することから、必ずしも同じ発症要因をもつ人がすべてせん妄に陥るとは言い切れない。先に筆者が行った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の研究(長谷川, 1999)においても、落ち着きが

ない、多弁、緊張表情、何かに固執する、拒否的な言動といった不安反応がせん妄発症因子の一つと確認されている。せん妄の準備因子や直接原因を兼ね備えている急性期の高齢患者が、入院や治療に伴いさまざまな内的・外的環境の変化を体験することは、高齢患者にとって大きなストレスとなる。したがって、急性期の高齢患者が、これらの環境変化によって、どのようなストレスを抱えており、それらのストレスに対しどのように知覚し反応しているのかについて注目することは、高齢患者がせん妄を発生するか否かを見定める鍵になるのではないかと考える。つまり、高齢患者の環境変化に対する適応力と環境変化とのバランス状態を評価することが、せん妄発生を予測する重要なアセスメントの視点になると考える。

また、患者の職業、絶食などは、先行の発症要因の研究では同定されていない因子であり、高齢者の適応力の指標やせん妄の促進因子の一つとなり得るのか、更なる研究が必要と考える。

## VII. おわりに

今後は、本研究で提示されたせん妄の発生予測に関するアセスメント構造について、実際の高齢患者で検証し、せん妄発生を予測するための看護アセスメントの視点を確立していく必要がある。そして、急性期高齢患者のせん妄の予防に貢献するせん妄リスクアセスメントツールの開発へとつなげ、せん妄予防ケアプログラムの構築をめざしたい。

謝辞：本研究にご協力下さいました看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。本研究の一部は、聖路加看護学会第10回学術大会(2005年9月、東京)において発表しました。なお、本研究は、聖路加看護大学21世紀COEプログラム平成16年度若手奨励研究助成金の交付を受けました。

## 引用文献

- Elie, M., et al. (2001). Delirium Risk Factors in Elderly Hospitalized Patients. *Journal of General Internal Medicine*. 13(3). 204-212.
- 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, 他 (2005). 神奈川県における大腿骨骨折入院患者のせん妄ケアの現状と課題. *神奈川県立保健福祉大学誌*. 2. 3-11.
- Inouye, S.K., et al. (1990) Clarifying Confusion: The Confusion assessment Method - A New Method for Detection of Delirium. *Annals of Internal Medicine*. 113(12). 941-948.

- 一瀬邦弘, 他 (1998). せん妄を評価するための測度. 老年精神医学雑誌. 6(10). 1279-1285.
- 一瀬邦弘, 太田喜久子, 堀川直史監修 (2002) せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!. 8. 照林社.
- 厚生統計協会 (2005). 国民衛生の動向. 厚生 の 指標. 52(9). 72.
- Lindesay, J., Rockwood, K., & McDonald, A., ed. (2002). *Delirium in Old Age*. 30-37. Oxford University Press.
- Lipowski, Z.J. (1990). *Delirium: Acute Confusional States*. 109. Oxford University Press.
- McCusker, J., et al. (1998). Delirium Reliability and Validity of a New Measure of Seviarity of Delirium, *International Psychogeriatrics*. 10(4). 421-433.
- Neelon, V., et al. (1992). Use of the NEECHAM Confusion Scale to Assess Acute Confusional States of Hospitalized Older Patients. Funk, S.G., et al. ed. *Key Aspects of Elder Care*. 278-289. Springer Publishing Company.
- 折茂肇 (1999). 老年病の成立ちと特徴. 折茂肇編. 新老年学 第2版. 321-335. 東京大学出版会.
- Pope, C. & Mays, N. (1999). *Qualitative Research in Health Care*. 2nd. ed. 大滝純司監訳 (2001). 質的研究実践ガイド. 74-85. 医学書院.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Bryman, A., & Burgess, R.G., eds. *Analyzing Qualitative Data*. 173-194. Routledge.
- Robertsson, B., et al. (1997). Assessment Scales in Delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*. 10(5). 368-379.
- Trzepacz, P.T., et al. (1988). A Symptom Rating Scale for Delirium. *Psychiatry Research*. 23. 89-97.
- Trzepacz, P.T., (1998). 内山真, 一瀬邦弘訳. 展望: せん妄評価尺度について. *精神医学レビュー* 26 せん妄. 16-31. ライフサイエンス.
- Vermeersch, P. E. H. (1990). The Clinical Assessment of Confusion-A. *Applied Nursing Research*. 3(3). 128-133.
- Vermeersch, P. E. H. (1992). Clinical Assessment of Confusion. Funk, S.G., et al. ed. *Key Aspects of Elder Care*. 251-262. Springer Publishing Company.
- 綿貫成明, 他 (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.
- Williams, M.A., et al. (1991). Delirium/ Acute confusional states: Evaluation device in nursing. *International Psychogeriatrics*. 3(2). 301-308.

# Clinical Nurse's Assessment Structure for Predicting the Development of Delirium among the Elderly Patients in Acute Care Setting

Masumi Hasegawa

(Kanagawa University of Human Services)

Tomoko Kamei

(St. Luke's College of Nursing)

The purpose of this research is to clarify clinical nurses' assessment structure for predicting the development of delirium in hospitalized elderly acute care patients. Research subjects consisted of 28 registered nurses working in eight general hospitals. Data were collected in five focus group interviews. Qualitative methodologies were used to analyze the textual data.

As a result of the analysis, the following three thematic frameworks were identified: 1) elderly patients in an acute care setting; 2) experiencing changes in the internal and external environment; and 3) perceptions of/responses to experiences that lead to the occurrence of delirium. In addition, 12 categories were identified in these frameworks and the clinical nurses' assessment structure for predicting the development of delirium was determined. Framework 1) included the following 4 categories: ① characteristics of patients; ② emergency or first admission; ③ disease or disorder caused by delirium; and ④ treatment. Framework 2) included the following 3 categories: ⑤ change of residence; ⑥ pain or restriction caused by disease or treatments; and ⑦ disruption of their living pattern. Framework 3) included the following 5 categories: ⑧ uncomfortable stimuli; ⑨ restricted emotions; ⑩ an increase in anxiety; ⑪ a gap in their awareness of time and place; and ⑫ decline or limitation of abilities in communication or adaptation. In this assessment structure, the elderly patients in an acute care setting have experienced various changes in their internal and external environment caused by hospitalization and treatments. If they present "perceptions of /responses to these experiences that lead to the occurrence of delirium", clinical nurses predict that they may develop delirium.

The framework "perceptions of/reactions to experiences that lead to the occurrence of delirium" indicated the need for a new perspective on the assessment of delirium. This framework is considered as a key to identify whether elderly patients will develop delirium.

In the future, it is necessary to test the assessment structure for predicting the occurrence of delirium found in this research in actual hospitalized elderly patients.

**Key Words** : elderly acute care patients, prediction of the development of delirium, nursing assessment structure